

THESIS

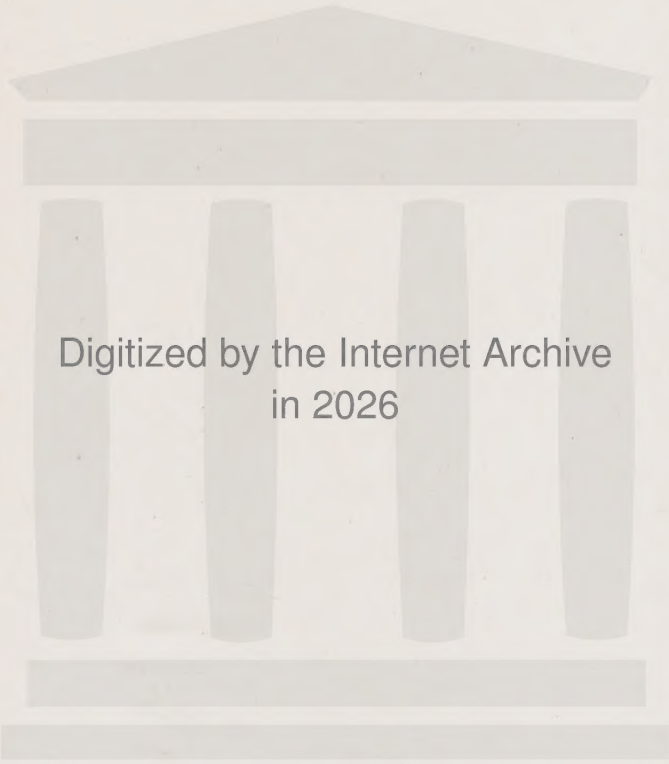
MUNICH

1965

**Klinisch-statistische Analyse der
somatischen Behandlungsmethoden und
der Behandlungserfolge bei endogenen
Psychosen:**

**Ein Vergleich der Jahre 1930, 1950 und 1960
in einem Nervenkrankenhaus**

Gerhard Simon



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Klinisch-statistische Analyse der
somatischen Behandlungsmethoden und
der Behandlungserfolge bei endogenen
Psychosen:**

**Ein Vergleich der Jahre 1930, 1950 und 1960
in einem Nervenkrankenhaus**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gerhard Simon

aus Kammerstein (Mittelfranken)

München 1965

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. J. E. MEYER
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. K. KOLLE
Dekan:	Prof. Dr. O. HUG

Tag der mündlichen Prüfung: 16. 2. 1965

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A) EINLEITUNG	5
B) LITERATUR	6
C) MATERIAL UND METHODE	7
D) ERGEBNISSE	12
I) Aufschlüsselung des bearbeiteten Krankengutes	12
II) Art und Umfang der somatischen Behandlungsmethoden	17
1) Insulinschock- und Heilkrampftherapie	17
2) Pharmakotherapie	17
III) Behandlungsergebnisse in den drei Vergleichsperioden	24
1) Dauer des Krankenhausaufenthalts	24
2) Erfolge nach einem Jahr der stationären Behandlung	24
3) Häufigkeit der Wiederaufnahme	28
E) DISKUSSION	32
I) Veränderungen im Aufnahmekrankengut der letzten drei Jahrzehnte	32
II) Anwendungsbreite der somatischen Behandlungsmethoden	34
1) Insulinschock- und Heilkrampftherapie	34
2) Pharmakotherapie	35
III) Zu den Behandlungsergebnissen der drei Vergleichsperioden	37
1) Aufenthaltsdauer	37
2) Behandlungserfolge	38
3) Stabilität der Behandlungserfolge	42
F) ZUSAMMENFASSUNG	48
LITERATURVERZEICHNIS	49

A) EINLEITUNG

Eine aktive Therapie endogener Psychosen wurde in den vergangenen drei Jahrzehnten im wesentlichen durch zwei neue somatische Behandlungsmethoden ermöglicht, durch die Insulinschock- und Heilkrampftherapie einerseits, sowie andererseits -etwa 20 Jahre später- durch die Pharmakotherapie. Allein schon die Möglichkeit des aktiven therapeutischen Handelns bedeutete einen beträchtlichen Fortschritt gegenüber der Zeit, in der sich psychiatrische Tätigkeit weitgehend auf Stellung der Diagnose und Verlaufsbeobachtung beschränken musste. Doch darf darüber nicht versäumt werden, die tatsächlichen Behandlungserfolge der erwähnten Therapieformen einer kritischen Prüfung zu unterziehen, um auf diese Weise Art und Umfang des therapeutischen Fortschritts beurteilen zu können.

In der vorliegenden Arbeit soll versucht werden, diese Entwicklung der modernen psychiatrischen Therapie, wie sie sich in einem grossen oberbayerischen Nervenkrankenhaus vollzog, statistisch zu erfassen und Vergleichswerte zu bieten für Therapieintensität und Behandlungsergebnisse in den drei aufeinanderfolgenden Perioden: vor und nach Einführung der Schocktherapie, und nach Einführung der Pharmakotherapie. Insbesondere sollen die in unserer Arbeit erhobenen Werte einer Untersuchung gegenübergestellt werden, die mit gleicher Fragestellung an der Nervenklinik der Universität München durchgeführt wurde (32), und so ein Vergleich ermöglicht werden zwischen den beiden wichtigsten, nach ihrer Struktur aber sehr verschiedenen Institutionen klinisch-psychiatrischer Therapie, der Universitätsklinik und dem psychiatrischen Krankenhaus, der ehemaligen Heil- und Pflegeanstalt.

B) LITERATUR

Ähnliche Untersuchungen wurden bisher vor allem in Skandinavien, England und in den Vereinigten Staaten durchgeführt. So hat ÖDEGAARD (24) alle Erstaufnahmen der psychiatrischen Krankenhäuser Norwegens von 1926-35 und 1936-45 statistisch erfasst und die durchschnittliche Behandlungsdauer und die Häufigkeit der Wiederaufnahmen in den beiden Zehnjahresgruppen jeweils nach einem Stand von 10 Jahren einander gegenübergestellt. In einer anderen Untersuchung verglich er (25) alle männlichen Erstaufnahmen der Jahre 1948-52 mit denen von 1955-59, u. a. in Hinsicht auf Behandlungsdauer, Entlassungsrate und Häufigkeit der Wiederaufnahmen. FREYHAN (7) brachte einen Vergleich zweier Gruppen von je 100 schizophrenen Patienten, die 1920 bzw. 1940 in das Delaware State Hospital aufgenommen wurden und notierte das Behandlungsergebnis nach einem Zeitraum von jeweils 13 Jahren. Ebenfalls beschränkt auf den Formenkreis der Schizophrenie haben sich BROWN, PARKES und WING (6) bei ihrem Vergleich der 1951 und 1956 in drei Londoner psychiatrische Krankenhäuser aufgenommenen Patienten. Eine detaillierte statistische Vergleichsuntersuchung der von 1931-33 und von 1945-47 in einem englischen psychiatrischen Krankenhaus aufgenommenen Patienten, mit Feststellung des nach jeweils 5 Jahren vorliegenden Ergebnisses, hat SHEPHERD (28) unternommen. Mit der Beschränkung auf endogene Psychosen untersuchte LINN (18) die Erstaufnahmen (davon fast 90 % Schizophrenien) des Federal Hospital for the District of Columbia in den Jahren 1953-56, vor allem im Hinblick auf die während dieser Jahre eingeführte Pharmakotherapie und die durch sie bewirkten Veränderungen. Die kürzlich von AUCH (1) vorgelegte Untersuchung stützt sich auf die Gesamtaufnahmen des Rheinischen Landeskrankenhauses Bonn der Jahre 1946-60 und enthält ausserdem einen Vergleich der beiden Aufnahmegruppen 1946-51 und 1955-60.

Während die bisher angeführten Arbeiten sich auf das Aufnahmekrankengut bestimmter Jahre beziehen und über die nach einem bestimmten Zeitraum vorliegenden Behandlungsergebnisse berichten, stützen sich BRILL und PATTON (4, 5) in ihren grossangelegten Untersuchungen auf das gesamte hospitalisierte Krankengut aller psychiatrischer Krankenhäuser des Staates New York der Jahre 1954-58 bzw. -60 und analysieren dessen Zusammensetzung sowie die in diesen Jahren sich ergebenden Veränderungen. Ähnlich erfasst eine weitere Untersuchung von SHEPHERD (29) das hospitalisierte Krankengut eines englischen psychiatrischen Krankenhauses während der Jahre 1954-57.

Schliesslich muss in diesem Zusammenhang noch auf die umfangreichen Erhebungen von MÜLLER und SCHEURLE (21) hingewiesen werden, die in einer Stichtagstatistik alle die am 1.1.1960 in den

6 Rheinischen Landeskrankenhäusern untergebrachten Patienten erfassten und in einer weiteren Mitteilung alle Zu- und Abgänge der gleichen Anstalten im Jahre 1960 untersuchten, u. a. im Hinblick auf Altersverteilung, Zahl der bisherigen Aufnahmen, Behandlungsdauer, Art und Umfang der angewandten Therapie und den Behandlungserfolg.

Unter diesen Gesichtspunkten soll auch in unserer Arbeit das ausgewählte Aufnahmekrankengut dreier, für die Entwicklung der modernen psychiatrischen Therapie repräsentativer Perioden geprüft werden.

C) MATERIAL UND METHODE

Das NERVENKRANKENHAUS HAAR bei München, auf dessen Aufnahmekrankengut unsere Untersuchung sich stützt, ist heute das grösste seiner Art in der Bundesrepublik (2).

Die "Mutteranstalt" Eglfing, geplant für 1236 Kranke, wurde im Jahre 1905 eröffnet. Schon bald danach ergab sich die Notwendigkeit, zu ihrer Entlastung für den Bezirk Oberbayern eine weitere grosse Anstalt zu errichten. Diese stand dann zur Verfügung mit der im Jahre 1912 eröffneten, an das Anstaltsgebiet von Eglfing angrenzenden, Heil- und Pflegeanstalt Haar, die ursprünglich für 800 Patienten gedacht war. Die Errichtung einer neuen selbständigen Anstalt unmittelbar neben der schon bestehenden war, wie in dem Jahresbericht von Eglfing-Haar vom Jahre 1930 zu lesen steht, "einem Kompromiss zu verdanken ... Auf der einen Seite konnte und wollte man, da der Grossteil der Kranken nach wie vor aus der Stadt München zufloss, auf die unmittelbare Nähe der Grosstadt und der ersten Aufnahmestationen in derselben (damals nur psychiatrische Klinik, später auch psychiatrische Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing) nicht verzichten, umso weniger, als gleich bei Eglfing genügend grosses ... Gelände zur Verfügung stand ... Auf der anderen Seite stand der Lösung, ... die Anstalt Eglfing einfach zu erweitern, die Anschauung gegenüber, dass vom ärztlichen Standpunkt aus das Entstehen einer zu grossen Anstalt unter einer Leitung unter allen Umständen zu vermeiden sei."

Wirtschaftliche Überlegungen und das Suchen nach Möglichkeiten zur Verwaltungsvereinfachung, aber auch der bei zwei so dicht nebeneinander liegenden Anstalten verständliche Wunsch nach einer einheitlichen Krankenbehandlung, wie sie nur unter einer in eine einzige Hand gelegte ärztlichen Leitung möglich ist, führten schliesslich doch dazu, die beiden Anstalten am 1.1.1931 offiziell zusammenzulegen. Die so vereinigte Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar trägt seit 1. April 1956 die Bezeichnung "Nervenkrankenhaus Haar

bei München des Bezirks Oberbayern", womit die in den letzten Jahrzehnten erfolgte Entwicklung zum Fachkrankenhaus, wie weiter unten auch durch unsere Daten bestätigt werden soll, berücksichtigt wurde.

Heute verfügt das im Pavillonstil erbaute Nervenkrankenhaus, das ausschliesslich für psychiatrische Behandlungs- und Pflegefälle bestimmt ist, in 43 Krankengebäuden über eine Zahl von 3120 Betten. Sein Aufnahmegebiet deckt sich im wesentlichen mit dem Regierungsbezirk Oberbayern. Es umfasst also ebenso ländliche Gebiete und kleinere Städte, wie auch die Grosstadt München selbst. Da unter den zur Aufnahme kommenden Patienten auch alle sozialen Schichten vertreten sind, dürfen wir annehmen, dass bei hinlänglicher Grösse des für unsere Untersuchung ausgewählten Krankengutes mit ihm im Hinblick auf Umweltfaktoren, die Ausprägung und Verlauf einer Erkrankung beeinflussen können, ein statistisch repräsentativer Querschnitt erfasst wird.

Als Vergleichsperioden, die für die in den letzten Jahrzehnten erfolgte therapeutische Entwicklung innerhalb der Psychiatrie charakteristisch sein sollen, wurden folgende drei gewählt:

1. Die Jahre 1929/30/31, in denen noch keine auf breiter Basis anwendbare, wirksame Behandlung endogener Psychosen bekannt war.
2. Die Jahre 1949/50/51, in denen Insulinschock- und Heilkampfbehandlung als wesentliche Therapieformen dominierten und gleichzeitig die Kriegs- und ersten Nachkriegsschwierigkeiten im wesentlichen überwunden waren.
3. Die Jahre 1959/60/61, in denen sich die psychotropen Substanzen in der Therapie der endogenen Psychosen endgültig durchgesetzt hatten und zusammen mit Insulinschock- und Heilkampftherapie verbreitete Anwendung fanden.

Die Gesamtzahlen der an einem bestimmten Stichtag innerhalb der drei Vergleichsperioden hospitalisierten Patienten und die Zahl der in diesen Jahren verfügbaren Betten gibt Tabelle I wieder.

	Gesamtzahl aller hospitalisierten Patienten	Bettenzahl
am 1.1.1930	2291	2370
am 1.1.1950	2954	3070
am 1.1.1960	2847	3120

TABELLE I

Gesamtzahl der hospitalisierten Patienten und Bettenzahl in den drei Vergleichsperioden

Unsere Untersuchungen beschränken sich auf die beiden wichtigsten Formen endogener Psychosen, die wohl auch stets im Mittelpunkt psychiatrisch-therapeutischen Bemühens standen, auf den Formenkreis der Schizophrenie und auf die endogenen Depressionen, zu denen auch die des Seniums gerechnet wurden. Den Anteil der Schizophrenien und endogenen Depressionen an der Gesamtzahl aller Aufnahmen in jeder der drei Vergleichsperioden zeigt Tabelle II.

Männer	(1) Gesamtzahl der Aufnahmen	Schizophrenien		Depressionen	
		absolut	% von (1)	absolut	% von (1)
1929 - 31	742	333	44,8	26	3,5
1949 - 51	1942	669	34,4	50	2,6
1959 - 61	3549	1092	30,7	105	2,9

Frauen	(1) Gesamtzahl der Aufnahmen	Schizophrenien		Depressionen	
		absolut	% von (1)	absolut	% von (1)
1929 - 31	917	525	57,2	67	7,3
1949 - 51	2835	1294	45,6	207	7,3
1959 - 61	4235	2022	47,7	415	9,7

TABELLE II

Absoluter und relativer Anteil der Schizophrenien und endogenen Depressionen an der Gesamtaufnahmezahl der einzelnen Dreijahresgruppen

Bemerkenswert ist der Anstieg der Gesamtaufnahmezahlen. Während in der ersten Vergleichsperiode in einem Jahr insgesamt etwa 600 Patienten zur Aufnahme kamen, waren es in der zweiten etwa 1 600 und in der dritten Periode im Jahr etwa 2 600 Patienten. Diese Zahlen deuten eine Entwicklung an, auf die wir weiter unten noch näher einzugehen haben. Auffallend ist auch der sehr geringe Anteil der endogenen Depressionen, vor allem in den beiden ersten Aufnahmegruppen. Dies ist wohl hauptsächlich auf deren Behandlungsmöglichkeit in der Universitätsnervenklinik München zurückzuführen, deren

Aufnahmekrankengut gerade in den beiden ersten Vergleichsperioden weit mehr endogene Depressionen enthält (jeweils etwa sechsmal so viele, in der dritten Periode nur noch die doppelte Anzahl) als das des Nervenkrankenhauses Haar (32). Ähnliche Aufnahmeverhältnisse liegen nach AUCH (1) bei dem Psychiatrischen Krankenhaus Bonn und der dortigen Universitätsnervenklinik vor.

Die Auswahl des Untersuchungsmaterials wurde in der Weise vorgenommen, dass für jedes Jahr einer Vergleichsperiode die zeitlich ersten 25 Aufnahmen von männlichen und 25 Aufnahmen von weiblichen schizophoren Patienten, für jede Vergleichsperiode also 150 Schizophrenien zur Bearbeitung herangezogen wurden. In der gleichen Weise verfahren wir bei der Gruppe der endogenen Depressionen. Allerdings mussten wir uns hier wegen des zahlenmässig geringen Materials in der ersten und - bei den männlichen Aufnahmen - auch in der zweiten Vergleichsperiode mit einer kleineren Zahl von Fällen begnügen.

Verwertet wurden in allen Gruppen nur die Fälle, die mindestens 14 Tage im Nervenkrankenhaus behandelt wurden. Unberücksichtigt blieben also die Patienten, die vorher auf ihren Wunsch oder auf den ihrer Angehörigen hin gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus verliessen. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden solche Patienten, die lediglich zur Begutachtung Aufnahme gefunden hatten.

Insgesamt also stützen sich unsere Ermittlungen - wie Tabelle III (siehe S. 11) zeigt - auf 450 Fälle von Schizophrenie und 368 Fälle von endogener Depression. Diese Stichprobengrösse, ihre soziale Vielschichtigkeit, sowie die für alle drei Perioden gleichartigen Auswahlbedingungen lassen wohl zuverlässige statistische Ergebnisse erwarten.

Als Unterlagen für die Ermittlungen dienten uns die einzelnen Krankengeschichten, aus denen wir zur statistischen Bearbeitung folgende Informationen entnahmen: das Alter des Patienten, die Krankheitsdauer bis zur Aufnahme, die Zahl der bisherigen psychiatrisch-klinischen Aufnahmen, sowie Art und Umfang der Therapie im ersten Jahr der Behandlung und Dauer der gesamten Behandlung. Ferner versuchten wir nach einem noch näher zu beschreibenden einfachen Schema den Zustand des Patienten bei seiner Entlassung zu beurteilen, wenn diese noch im ersten Jahr nach der Aufnahme erfolgte. Schliesslich notierten wir in einer - bezogen auf die Entlassung - mindestens zweifährigen Verlaufskontrolle, ob und wann eine Wiederaufnahme stattfand.

Schizophrenien	Gesamtaufnahmezahl			Anzahl der bearbeiteten Fälle und prozentualer Anteil an der entsprechenden Gesamtaufnahmez.		
	Männer	Frauen	zusammen	Männer je 75 Fälle	Frauen je 75 Fälle	zusammen je 150 Fälle
1929 - 31	333	525	858	22,5 %	14,3 %	17,5 %
1949 - 51	669	1294	1963	11,2 %	5,8 %	7,6 %
1959 - 61	1092	2022	3114	6,8 %	3,7 %	4,8 %

Depressionen	Gesamtaufnahmezahl			Anzahl der bearbeiteten Fälle und prozentualer Anteil an der entsprechenden Gesamtaufnahmez.		
	Männer	Frauen	zusammen	Männer	Frauen	zusammen
1929 - 31	26	67	93	26 = 100 %	67 = 100 %	93 = 100 %
1949 - 51	50	207	257	50 = 100 %	75 = 36,2 %	125 = 48,6 %
1959 - 61	105	415	520	75 = 71,4 %	75 = 18,1 %	150 = 28,8 %

TABELLE III

Anzahl der bearbeiteten Fälle und deren prozentualer Anteil an der entsprechenden Gesamtaufnahmezahl der drei Vergleichsperioden

D) ERGEBNISSE

I) Aufschlüsselung des bearbeiteten Krankengutes

Die Berechnung des Durchschnittsalters der Patienten bei der Aufnahme erbrachte zunächst in jeder Vergleichsperiode den für Schizophrenie und endogene Depression charakteristischen Altersunterschied, in unserem Fall von etwa 20 Jahren. Darüber hinaus geht aus Tabelle IV hervor, daß das durchschnittliche Aufnahmealter in den letzten Jahrzehnten vor allem bei den Schizophrenien deutlich anstieg.

	Durchschnittsalter in Jahren	
	Schizophrenien	Depressionen
1929 - 31	33	54
1949 - 51	36	53
1959 - 61	38	56

TABELLE IV

Durchschnittsalter der Patienten bei der Aufnahme

Die Aufteilung nach Erst- und Wiederaufnahmen (Tabelle V, s. S. 13) ergab, dass in der zweiten Vergleichsperiode sowohl bei den Schizophrenien als auch bei den endogenen Depressionen - hier allerdings weniger ausgeprägt - eine größere Zahl von Patienten als in der ersten Periode zum erstenmal in stationäre psychiatrische Behandlung kam. Dagegen nahm die Zahl der Erstaufnahmen in der dritten Periode deutlich ab - wiederum bei den Schizophrenien in stärkerem Masse - und es häuften sich die Fälle, die zum sechsten oder öfteren Male stationäre Aufnahme fanden. Unmittelbare Verlegungen, meist von der Universitätsnervenklinik München oder auch von anderen psychiatrisch-klinischen Einrichtungen in das Nervenkrankenhaus Haar wurden dabei nicht als neue stationäre Aufnahmen gewertet. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der völlig unbedeutende Anteil von schizophrenen Patienten, die in unserer ersten Vergleichsperiode direkt in das Nervenkrankenhaus aufgenommen wurden. Dieser Anteil, der in der zweiten Periode schon mehr als zwei Drittel der gesamten Aufnahmen ausmachte, vergrößerte sich in der dritten fast auf 100 %. Eine ähnliche Zunahme der Direktaufnahmen war auch bei den endogenen Depressionen festzustellen.

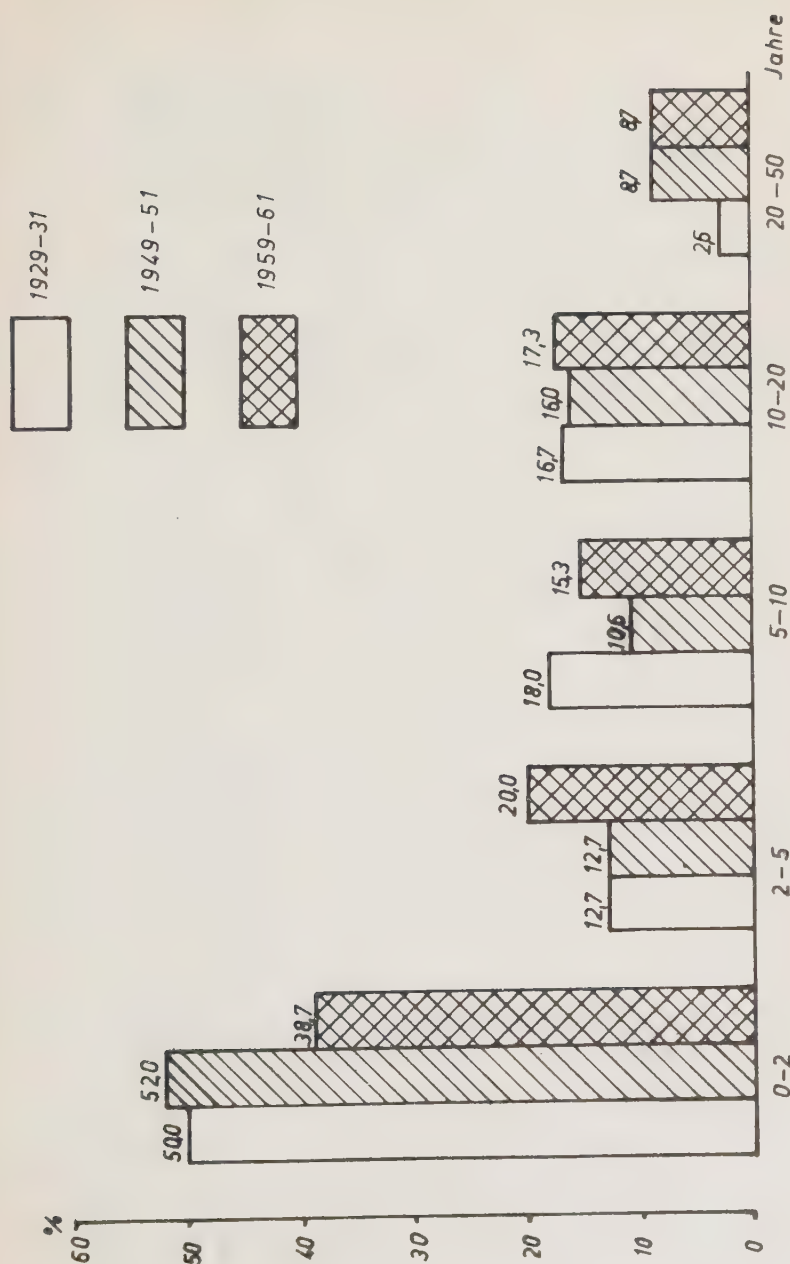
Schizophrenien	Erstaufnahme	2. Aufnahme	3. Aufnahme	4. + 5. Aufnahme	6. - 25. Aufnahme	direkt aufgenommen
1929 - 31	40, 7 %	33, 3	14, 0	8, 7	3, 3	3, 3
1949 - 51	50, 7	21, 3	10, 7	12, 7	4, 6	60, 0
1959 - 61	32, 0	22, 7	16, 7	13, 3	15, 3	99, 3

Depressionen	Erstaufnahme	2. Aufnahme	3. Aufnahme	4. + 5. Aufnahme	6. - 25. Aufnahme	direkt aufgenommen
1929 - 31	42, 0 %	26, 7	15, 6	8, 2	7, 5	27, 3
1949 - 51	43, 0	23, 0	13, 0	19, 0	2, 0	79, 7
1959 - 61	36, 0	24, 0	14, 7	14, 0	11, 3	98, 0

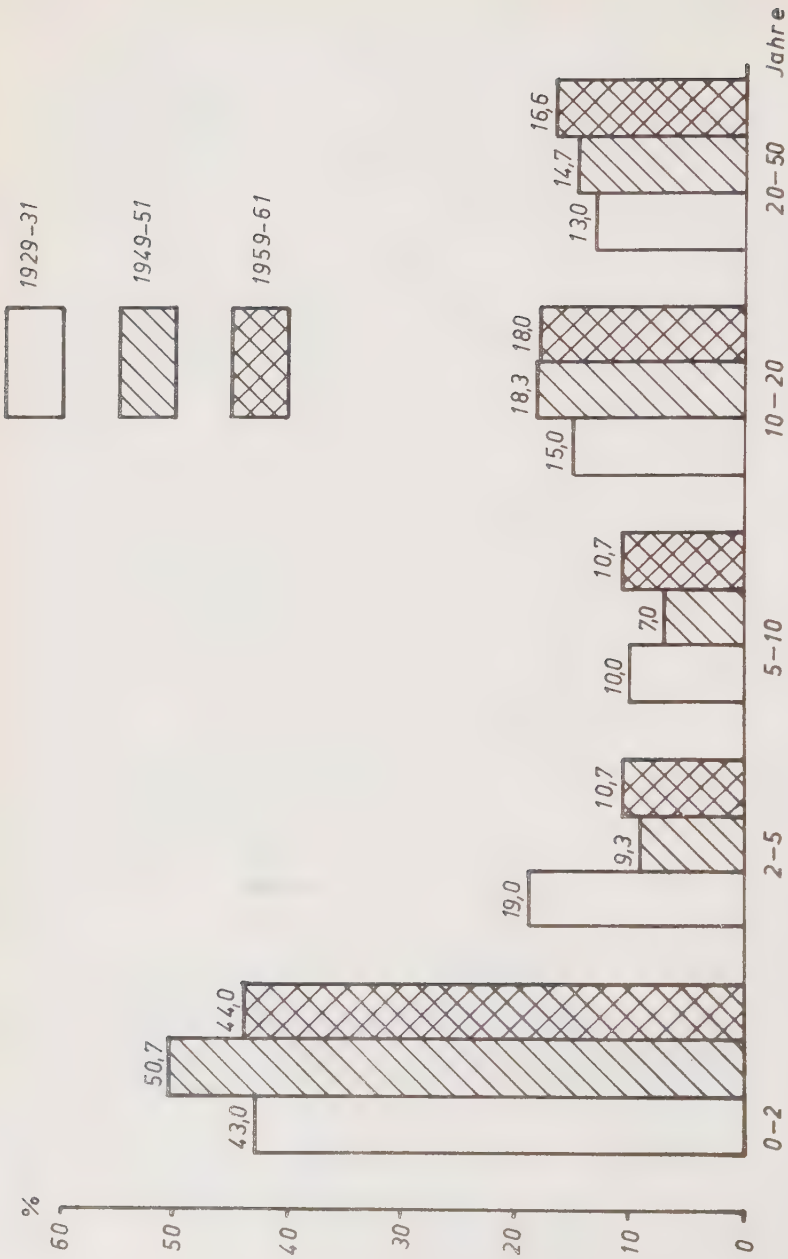
TABELLE V

Verteilung der Erst- und Wiederaufnahmen in den einzelnen Dreijahresgruppen mit Angabe des Anteils derjenigen Fälle, die direkt in das Nervenkrankenhaus aufgenommen wurden (Angabe in Prozentwerten)

In allen drei Aufnahmegruppen überwogen - wie die Figuren 1 und 2 (s. S. 15 und 16) veranschaulichen - mit einem Anteil von ungefähr 40 - 50 % die Fälle, deren Krankheitsbeginn nicht länger als zwei Jahre zurücklag. Jedoch war in der letzten Vergleichsperiode zu bemerken, dass dieser Anteil der Patienten um 6 - 11% zurückging und sich dafür die Zahl der Fälle mit längerer Anamnese vergrößerte. Bei der Festlegung des Krankheitsbeginns haben wir, wenn in den Krankenblättern die Angaben der Patienten zur Vorgeschichte von denen ihrer Angehörigen abwichen, den letzteren den Vorzug gegeben. Natürlich stellten auch diese meist sicher nur sehr ungenaue Angaben dar, doch waren sie für unseren Zweck ausreichend, da ihre spätere Zusammenfassung zu grösseren Zeiträumen wohl imstande war, die verschiedenen Ungenauigkeiten wieder auszugleichen.



Figur 1 : Krankheitsdauer vor Aufnahme in das Nervenkrankenhaus bei den untersuchten schizophrener Fällen



Figur 2: Krankheitsdauer vor Aufnahme in das Nervenkrankehaus bei den untersuchten depressiven Fällen

II) ART UND UMFANG DER SOMATISCHEN BEHANDLUNGSMETHODEN

1) Insulinschock- und Heilkrampftherapie

Die in der Mitte der dreissiger Jahre durch SAKEL eingeführte Insulinbehandlung, sowie die wenig später zur Anwendung gekommenen, auf v. MEDUNA bzw. CERLETTI und BINI zurückgehenden Cardiazol- und Elektrokrampfbehandlungen beherrschten fast 20 Jahre lang das Feld der psychiatrischen Therapie im wesentlichen allein.

Die Anwendungsbreite der Schocktherapie an dem von uns bearbeiteten Krankengut in den Jahren 1949 - 51 und - im Vergleich hierzu - in den Jahren 1959 - 61 zeigen wir in Tabelle VI (s. S. 18). Zu dem Begriff der Heilkrämpfe ist zu sagen, daß wir dazu sowohl die Elektroschocks wie auch die durch chemische Mittel (Cardiazol, Azoman) ausgelösten Krämpfe gerechnet haben.

In den Jahren 1949 - 51 wurden bei 82% der Schizophrenen und 70% der endogenen Depressionen irgendeine Form der Schocktherapie angewandt. Dagegen waren es in den Jahren 1959 - 61 jeweils nur noch 59% und 25%, die mit Schocks behandelt wurden. Dennoch konnte aber in der letzten Vergleichsperiode die Insulinkur, insbesondere die mit Heilkrämpfen kombinierte, bei der Behandlung der Schizophrenen ihren Platz zumindest behaupten - trotz des Aufwands an geschultem Personal und Zeit, den dieses Heilverfahren erfordert.

Wie aus Tabelle VI weiter hervorgeht, wurden die Schockverfahren in den Jahren 1959 - 61 nicht nur im grossen und ganzen seltener als in der vorhergehenden Vergleichsperiode, sondern auch - wenn man die für beide Perioden ermittelte Durchschnittszahl der im Einzelfall durchgeführten Heilkrämpfe bzw. Insulinkomata miteinander vergleicht - weniger intensiv eingesetzt, was auf die meist - wie wir gleich sehen werden - gleichzeitige Behandlung mit Psychopharmaka zurückgeführt werden kann. Dieser Rückgang der durchschnittlichen Schockzahlen machte sich naturgemäss bei der Insulinbehandlung weniger bemerkbar, da dieses Verfahren nur als systematische, mehrwöchige Kur erfolversprechende Anwendung findet.

2) Pharmakotherapie

Der Hinweis von DELAY und DENIKER im Jahre 1952 auf die antipsychotische Wirkung des Chlorpromazins (Megaphen) führte in der Folge zur Entwicklung einer Vielzahl ähnlicher pharmakologischer Substanzen. Bald nahm die medikamentöse Therapie überall die führende Stelle im Behandlungsplan der endogenen Psychosen ein. So wurden in den Jahren 1959 - 61 im Nervenkrankenhaus Haar 95,3% der aufgenommenen schizophrenen und 98,6% der depressiven Patienten mit Psychopharmaka behandelt - teils ausschliesslich, teils in Verbindung mit den bekannten Schockverfahren (s. Figuren 3 und 5, S. 20 und 21). Letztere kamen in dieser Vergleichsperiode - wie wir schon in Ta-

Schizophrenien	Behandelt mit		Durchschnittliche Anzahl der	
	Heilkrämpfen	Heilkrämpfen und Insulinkur	Insulinkur	Heilkrämpfe
1949 - 51	67,3 %	14,0 %	0,7 %	17
1959 - 61	34,7 %	20,0 %	4,0 %	6
				34
				29

Depressionen	Behandelt mit		Durchschnittliche Anzahl der	
	Heilkrämpfen	Heilkrämpfen und Insulinkur	Insulinkur	Heilkrämpfe
1949 - 51	40,7 %	28,4 %	0,7 %	9
1959 - 61	20,0 %	4,7 %	0,7 %	6
				16
				15

TABELLE VI

Insulinschock- und Heilkrampfbehandlung in den Jahren 1949/50/51 und 1959/60/61

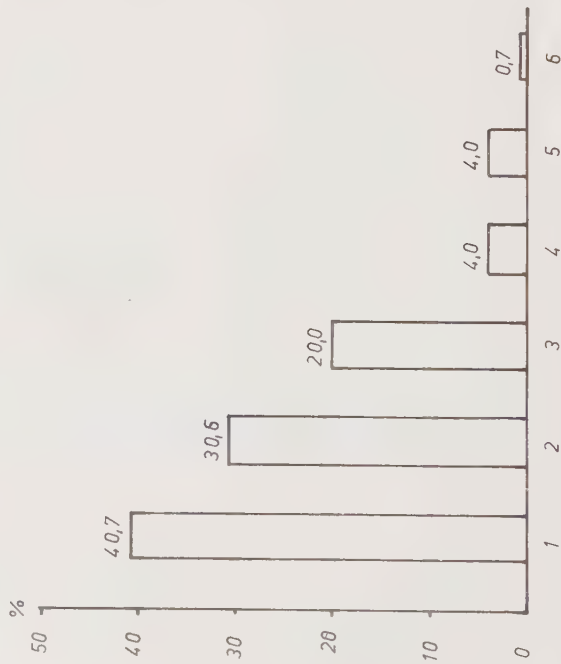
belle VI zeigen konnten - bei den Schizophrenien noch in beachtlichem Umfange zur Anwendung, allerdings nur mehr ganz selten für sich allein. Nur noch 4% der schizophrenen Patienten wurden ausschliesslich mit Heilkrämpfen behandelt.

Unsere Werte für die Anwendungsbreite der Pharmakotherapie würden sogar noch etwas höher liegen, wenn wir uns hier nicht auf die Fälle beschränkt hätten, die mindestens 14 Tage lang mit einer oder mehreren psychotropen Substanzen behandelt wurden. Ausserdem blieben auch die Fälle unberücksichtigt, bei denen die durchschnittliche Tagesdosis die untere Grenze der üblichen Erhaltungsdosis nicht erreichte.

Eine grobe Differenzierung der medikamentösen Therapie hinsichtlich ihres pharmakologischen Charakters und ihrer Dosierung nahmen wir in den Figuren 4 und 6 (s. S. 20 u. 21) vor. Wir stützten uns dabei auf eine Arbeit von LAUTER (15), in der eingehend über den gegenwärtigen Stand der psychiatrischen Pharmakotherapie berichtet wird, unter besonderer Berücksichtigung der bei der Behandlung endogener Psychosen verwandten Neuroleptika und Thymoleptika, wobei auch die für diese Medikamente gebräuchlichen Erhaltungsdosen angegeben wurden. Diese Angaben dienten uns als Bezugspunkte bei der Beurteilung der Höhe der Dosierung, in der die einzelnen Pharmaka angewendet wurden. Als niedrig betrachteten wir eine Dosierung, die der Erhaltungsdosis entsprach; als mittlere eine, die bis zur doppelten Erhaltungsdosis reichte; und was darüber lag, werteten wir als hohe Dosierung. So war es möglich, pharmakologisch verwandte Medikamente, obwohl diese, um den gewünschten Effekt zu erzielen, oft sehr verschieden hoch dosiert werden müssen, in vergleichbare Gruppen zusammenzufassen - wie es in den Figuren 4 und 6 geschah. Zum anderen verschaffte uns diese Einteilung auch die Möglichkeit, die Höhe der durchschnittlichen Tages- und Maximaldosen der am häufigsten gebrauchten Medikamente miteinander zu vergleichen (s. Fig. 7, S. 22). Die auffallend niedrige durchschnittliche Dosierung des Megaphens lässt sich darauf zurückführen, dass es in den meisten Fällen nur zusätzlich zu anderen Medikamenten oder in Verbindung mit Heilkrämpfen gegeben wurde.

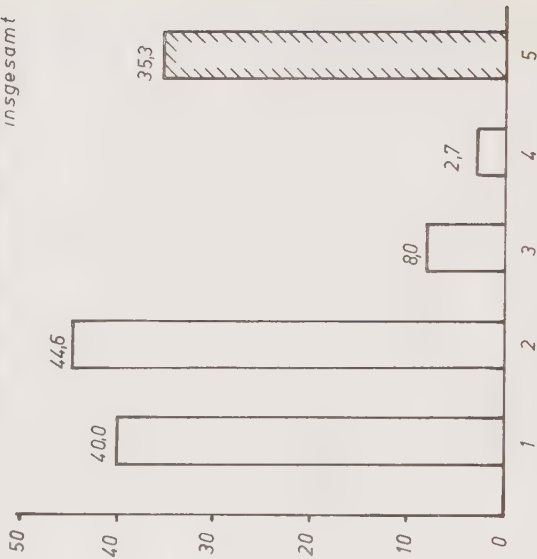
Von Interesse für den klinisch tätigen Nervenarzt mag unsere Zusammenstellung sämtlicher Psychopharmaka sein, die in den Jahren 1959 bis 61 zur Behandlung des von uns bearbeiteten Krankengutes eingesetzt wurden und dazu die oben erwähnten Bedingungen in Bezug auf Dauer und Höhe der Medikation erfüllten (Tabelle VII, s. Seite 23).

- 1: Pharmakotherapie
- 2: Pharmako- und Heilkampftherapie
- 3: Pharmako-, Heilkampf- und Insulinschocktherapie
- 4: Pharmako- und Insulinschocktherapie
- 5: Heilkampftherapie
- 6: Andere oder ungenügende Therapie

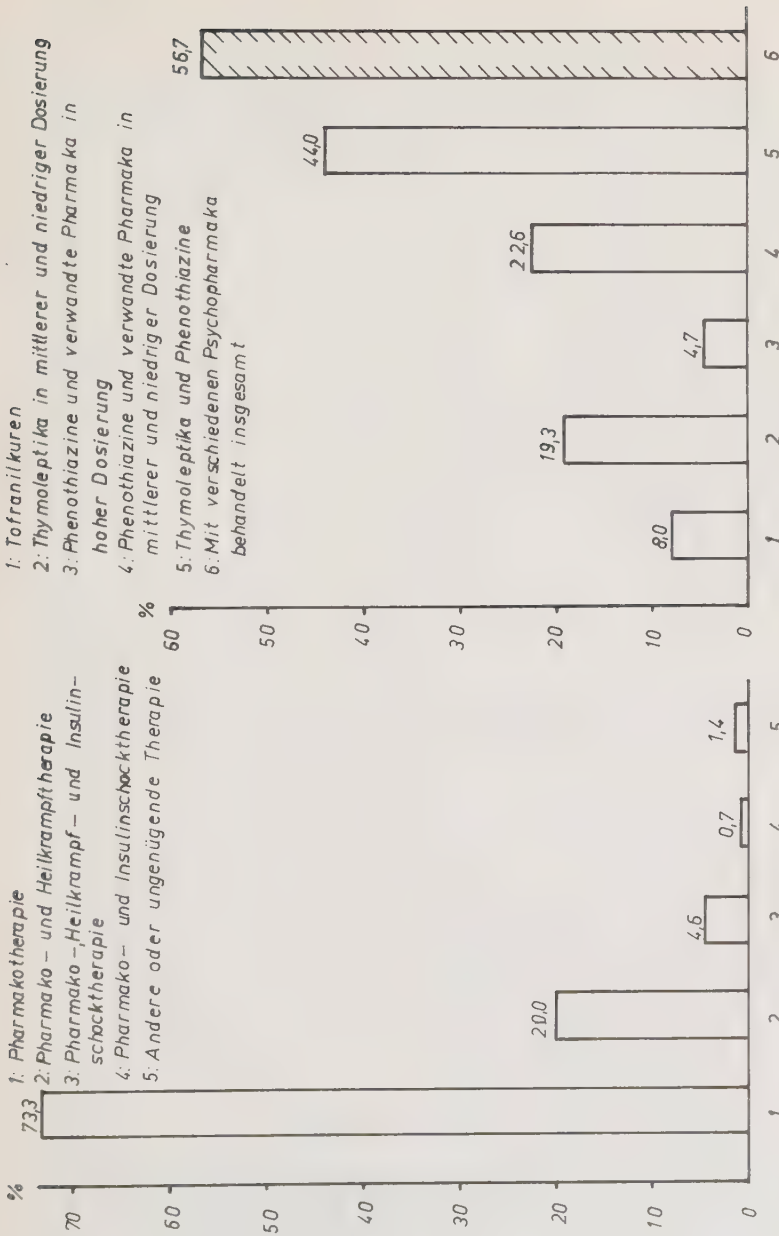


Figur 3: Behandlung der Schizophrenen in den Jahren 1959-61

- 1: Phenothiazine und verwandte Pharmaka in hoher Dosierung
- 2: Phenothiazine und verwandte Pharmaka in mittlerer Dosierung
- 3: Phenothiazine und verwandte Pharmaka in niedriger Dosierung
- 4: Phenothiazine und Reserpin
- 5: Mit verschiedenen Psychofarmaka behandelt insgesamt

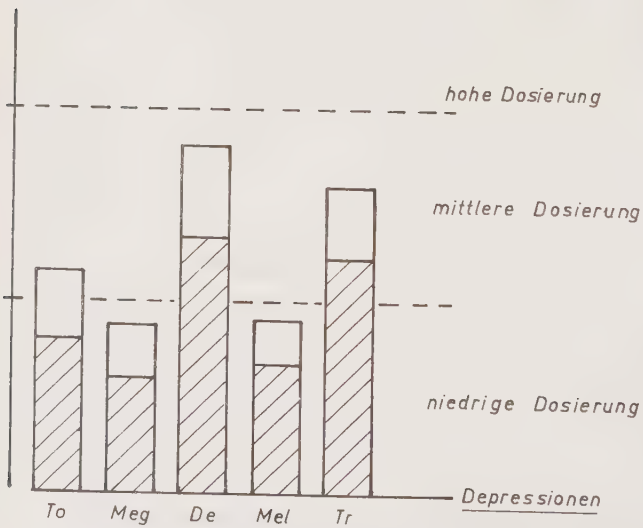
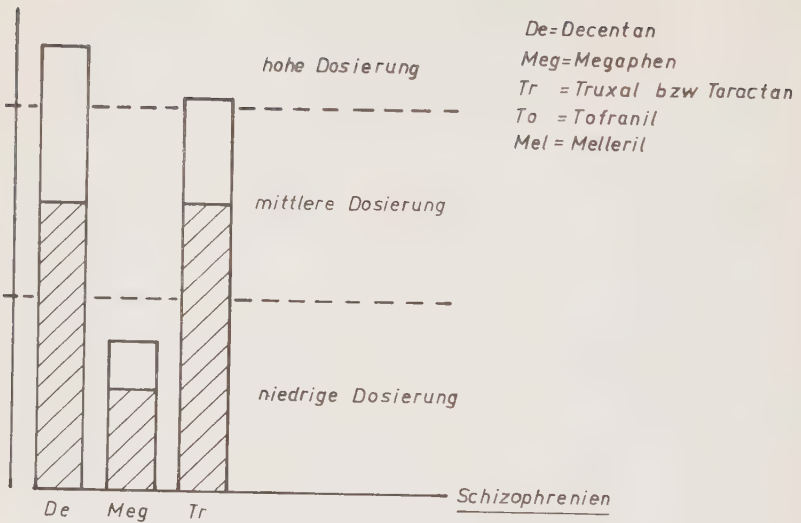


Figur 4: Differenzierung der Pharmakotherapie bei den Schizophrenen in den Jahren 59-61 (Einteilung nach der Maximaldosis)



Figur 5: Behandlung der Depressionen in den Jahren 1959-61

Figur 6: Differenzierung der Pharmakotherapie bei den Depressionen in den Jahren 1959-61 (Einteilung nach der Maximaldosis)



Figur 7: Durchschnittliche Tages- und Maximaldosen der häufiger angewandten Psychopharmaka in Äquivalenten (bis zur einfachen Erhaltungsdosis= niedrige Dosierung; bis zur doppelten Erhaltungsdosis= mittlere Dosierung; über der doppelten Erhaltungsdosis= hohe Dosierung)

Medikament	Zahl der Fälle	Durchschnittliche Gesamtdosis (in mg)	Durchschnittliche Tagesdosis (in mg)	Durchschnittliche Maximaldosis (in mg)
Decentan	116	868	18	28
Megaphen	47	5890	155	155
Truxal bzw. Taractan	26	8290	225	305
Haloperidol	6	202	4	6
Melleril	4	8610	175	225
Reserpin	4	227, 5	3	3, 25
Randolectil	3	779	19	30
Psyquil	2	6700	78	125
Dominal	1	1760	115	120
Vesitan	1	2490	55	80
Nipodal	1	1400	40	40
Depressionen				
Tofranil	101	5990	120	170
Megaphen	60	6390	120	175
Decentan	27	714	16	22
Melleril	23	4850	135	180
Truxal bzw. Taractan	13	8540	185	240
Neurocil	6	3970	120	160
Nardil	5	2145	57	66
Protactyl	5	5860	195	410
Niamid	3	4210	100	110
Haloperidol	2	350	16	16
Marplan	2	730	35	35
Nipodal	2	1125	30	30
Tryptizol	1	3235	110	150
Saroten	1	13500	220	225

TABELLE VII: Die zur Therapie verwandten Psychopharmaka mit ihrer durchschnittlich gegebenen Gesamt-, Tages- und Maximaldosis

III) BEHANDLUNGSERGEBNISSE IN DEN DREI VERGLEICHSPERIODEN

1) Dauer des Krankenhausaufenthalts

Zu den wenigen objektiven Massstäben, die bei kritischer Einstellung in grösseren statistischen Erhebungen für die Bewertung des Therapieerfolges bei endogenen Psychosen herangezogen werden können, gehört ohne Zweifel die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im psychiatrischen Krankenhaus.

Unsere Ermittlungen hierzu ergaben, dass schizophrene und depressive Patienten - wie Tabelle VIII zeigt - sowohl in der zweiten als auch in der dritten Vergleichsperiode im Durchschnitt bedeutend früher entlassen werden konnten als die Patienten der jeweils vorhergehenden Periode. Wir müssen später allerdings noch untersuchen, ob diese erhebliche Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, die bei den Schizophrenien noch stärker in Erscheinung trat und zuletzt fast eine Angleichung an die durchschnittliche Behandlungsdauer der Depressionen bewirkte, allein als Folge der neueren therapeutischen Massnahmen zu werten ist.

	Schizophrenien	Depressionen
1929 - 31	3; 10; 3	2; 2; 17
1949 - 51	0; 11; 23	0; 7; 1
1959 - 61	0; 3; 23	0; 3; 0

TABELLE VIII

Durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts
(angegeben in: Jahre; Monate; Tage)

2) Erfolge nach einem Jahr der stationären Behandlung

Einer exakten Beurteilung psychiatrischer Behandlungserfolge stellen sich vor allem zwei Schwierigkeiten in den Weg; die eine - grundsätzliche - ist, da man sich auf keine naturwissenschaftlich messbaren und jederzeit nachprüfbaren Veränderungen stützen kann, die Objektivierung solcher Erfolge und die andere - mit der ersten zusammenhängend - besteht darin, geeignete Kriterien zu finden, nach denen man die unterschiedlichen Ergebnisse der Behandlung bewerten kann. Die subjektive Beurteilung des behandelnden Arztes, die sich in der betreffenden Krankengeschichte niederschlägt, und auch die des statistischen Bearbeiters, der diese Krankengeschichte für seine Untersuchung heranzieht, werden in eine solche Bewertung unvermeidlich

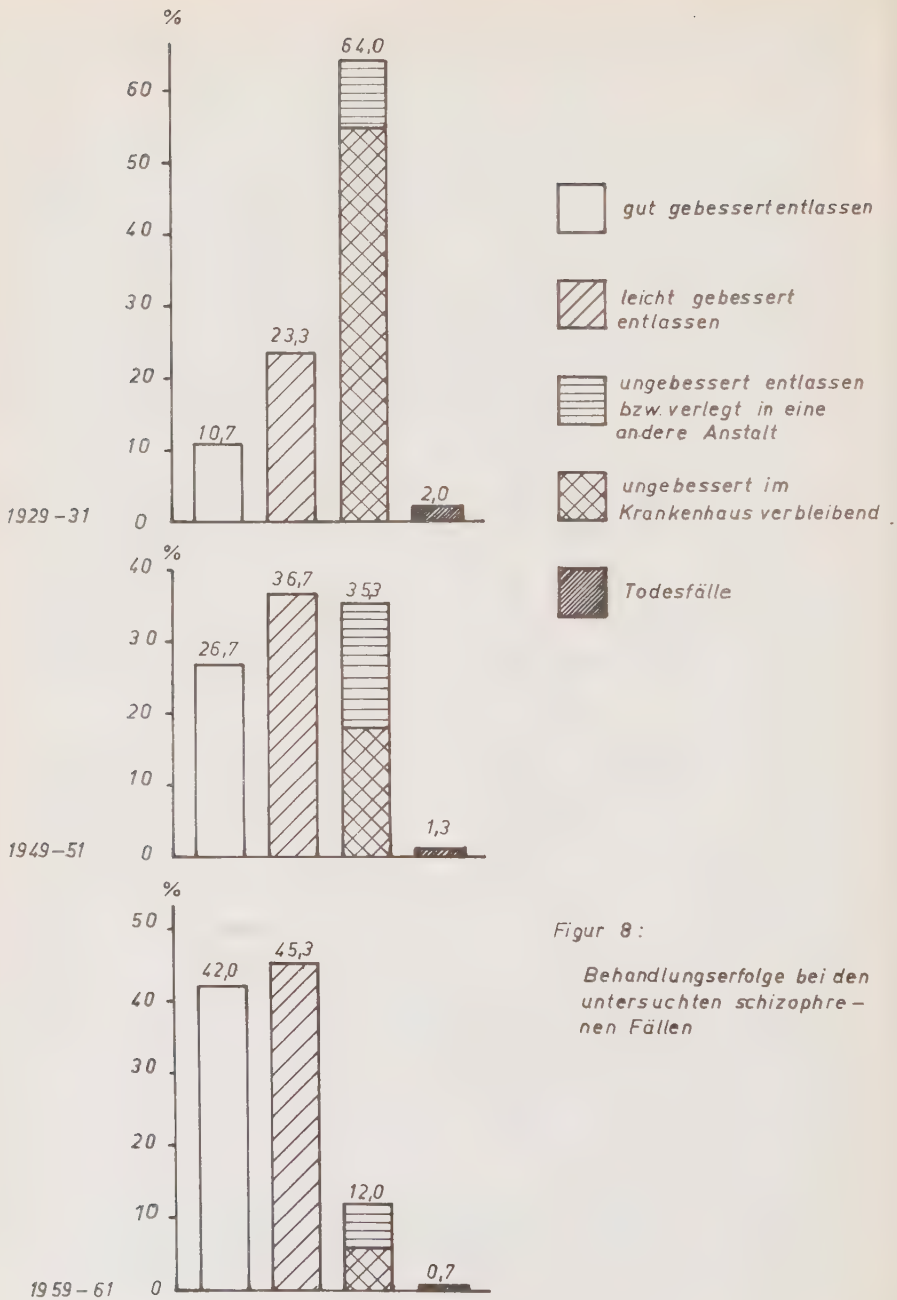
eingehen. Diese Quelle möglicher Fehlbeurteilungen und statistischer Unzuverlässigkeit lässt sich aber klein halten, wenn sich die Bewertung des Therapieerfolges nur auf wenige wohl definierte Kriterien stützt.

Wir versuchten also mit Hilfe der Krankengeschichten, insbesondere der Epikrisen und Arztbriefe zu beurteilen, wie weit das jeweilige Krankheitsbild zum Zeitpunkt der Entlassung durch die stationäre Behandlung beeinflusst worden war. Dabei wurden als "gut gebessert entlassen" die Fälle bezeichnet, die zuletzt vollkommen frei von Krankheitssymptomen gewesen waren, und als "ungebessert entlassen" diejenigen, deren Zustandsbild bei der Entlassung nach Hause bzw. Verlegung in eine andere Anstalt oder ein Pflegeheim gegenüber dem Krankheitsbild bei der Aufnahme so gut wie keine positive Änderung erkennen liess. Alle anderen im ersten Jahr nach der Aufnahme entlassenen Patienten wurden als "leicht gebessert" bezeichnet.

Um zu verhindern, dass die Schockverfahren die Behandlungsergebnisse unserer ersten Vergleichsperiode und die Pharmakotherapie die der zweiten beeinflussen, wurden die Fälle, die ein Jahr nach der Aufnahme noch nicht entlassen und deshalb zum Teil im weiteren Verlauf des stationären Aufenthalts mit den neu eingeführten Therapeutika behandelt worden waren, einer weiteren Gruppe als "ungebessert im Krankenhaus verbleibend" zugeordnet. In einer letzten Gruppe schliesslich fassten wir die Patienten zusammen, die im ersten Jahr nach der Aufnahme gestorben waren.

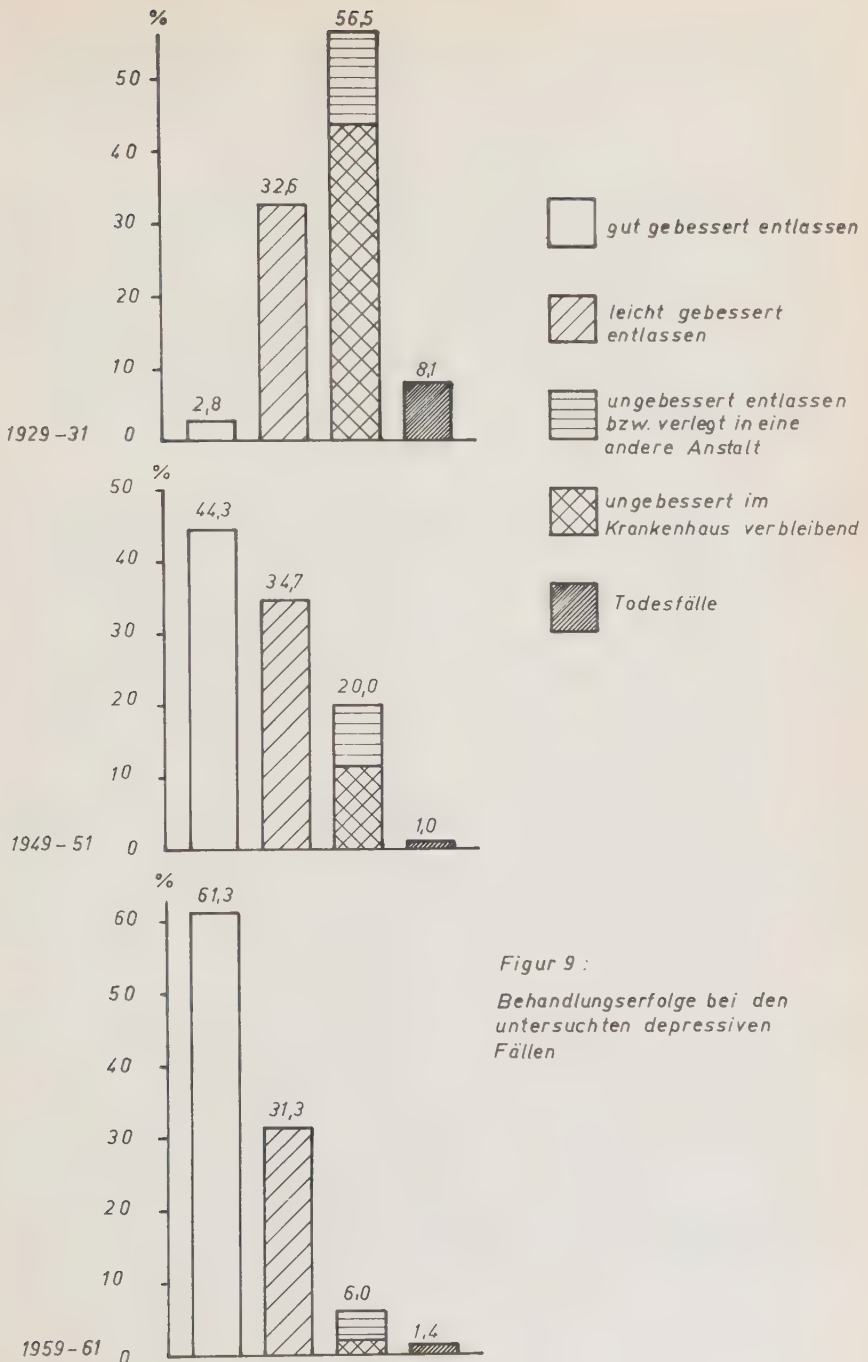
Die auf diese Weise ermittelten Ergebnisse sollen die Figuren 8 und 9 (s. S. 26 und 27) veranschaulichen. Sowohl nach Einführung der Insulinschock- und Heilkrampftherapie als auch nach Einführung der Therapie mit Psychopharmaka konnten wir jeweils eine eindrucksvolle Verbesserung der Behandlungsergebnisse feststellen. Hervorgehoben zu werden verdient vor allem der Prozentsatz der gut gebessert entlassenen Patienten, der in den beiden jüngeren Vergleichsperioden ganz erheblich anstieg - insbesondere bei den depressiven Patienten - und hier offenbar auch die für die endogene Depression charakteristische Neigung zu vollständigen Remissionen widerspiegelt. Die Behandlungserfolge bei den Schizophrenen scheinen uns aber - den im allgemeinen ungünstigen Krankheitsverlauf in Betracht ziehend - nicht weniger bedeutend zu sein, da der Anteil der gut gebessert entlassenen schizophrenen Patienten sowohl in der zweiten als auch in der dritten Periode einen grösseren Anstieg zeigte als der Anteil der nur leicht gebesserten.

Entsprechend der Zunahme der gut und leicht gebessert entlassenen Patienten verkleinerte sich unter dem Einfluss der Schockverfahren und später noch einmal unter dem Einfluss der Pharmakotherapie der Prozentsatz der Fälle, die ohne sichtbaren Erfolg das Nervenkranken-



Figur 8:

Behandlungserfolge bei den untersuchten schizophre-
nen Fällen



Figur 9 :
Behandlungserfolge bei den
untersuchten depressiven
Fällen

kenhaus verlassen bzw. noch ungenügend gebessert im Krankenhaus verbleiben mussten. Vor allem der Anteil der letzteren verringerte sich stark, und zwar bei den Schizophrenien um jeweils das Dreifache (von 54,7 auf 18,0 und 6,0%) und bei den Depressionen sogar jeweils um etwa das Vierfache (von 43,7 auf 11,7 und 2,0%).

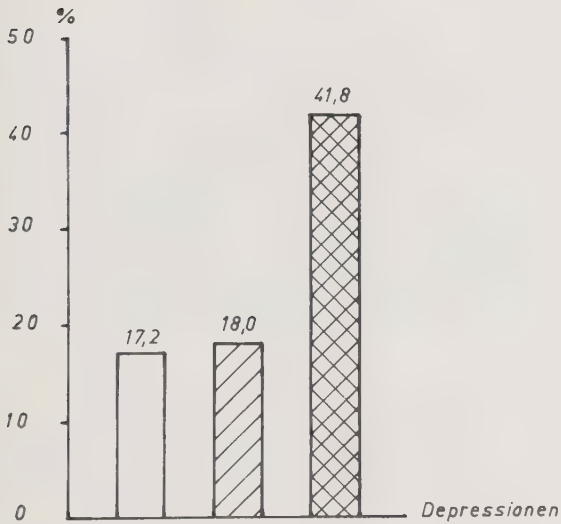
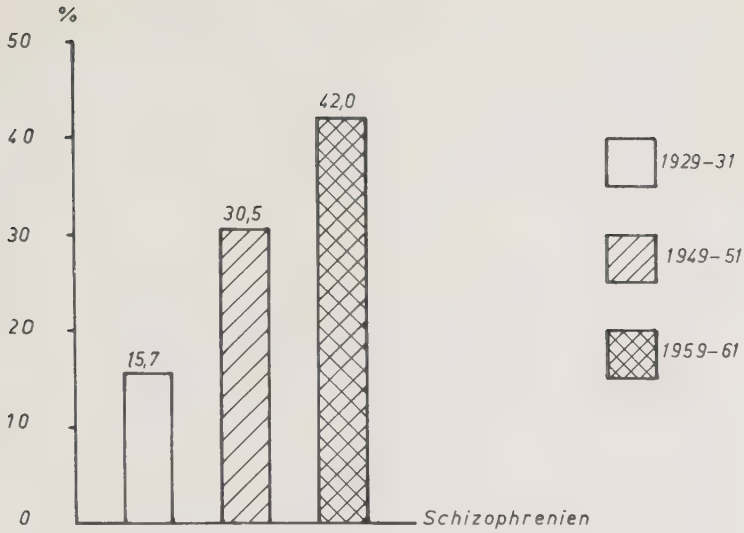
Die Zahl der Patienten, die im Verlauf des ersten Jahres nach ihrer stationären Aufnahme verstarben, war entsprechend der therapeutischen Entwicklung der Allgemeinmedizin in unserer ersten Vergleichsperiode am grössten. Die häufigsten Krankheiten, die hier zum Tode führten, waren die Tuberkulose (5 Fälle) und die Pneumonie (3 Fälle). In der zweiten und dritten Periode sahen wir als häufigste Todesursache das Herz- und Kreislaufversagen, wobei wir jedoch in keinem Fall einen ursächlichen Zusammenhang mit den jeweils angewandten psychiatrisch-therapeutischen Massnahmen feststellen konnten.

3) Häufigkeit der Wiederaufnahmen

Von tatsächlich guten Behandlungserfolgen sollte aber eigentlich nur dann die Rede sein, wenn die mit Hilfe der verschiedenen Therapeutika erzielten Remissionen bzw. Besserungen akuter psychotischer Erkrankungen auf die Dauer gesehen auch eine genügende Stabilität aufweisen. So bietet sich als weiterer und - wie die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer - weitgehend objektiver Masstab zur Bewertung der psychiatrischen Behandlungserfolge der Prozentsatz jener Fälle an, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach ihrer Entlassung einen Rückfall erlitten hatten und erneut stationär aufgenommen werden mussten.

Da wir in unserer Arbeit vor allem die Wirksamkeit der neuen somatischen Behandlungsmethoden untersuchen wollen, führten wir nur bei den Patienten eine Verlaufskontrolle durch, bei denen ein mehr oder weniger ausgeprägter Behandlungserfolg zu verzeichnen war - also nur bei denjenigen, die in den drei Vergleichsperioden als "gut" oder "leicht gebessert" aus dem Nervenkrankenhaus Haar entlassen werden konnten.

Die Zahl der Patienten aus diesen drei Vergleichsgruppen, die im Verlauf von zwei Jahren nach der Entlassung - einer Zeitspanne, die wir bei der letzten Gruppe schon vollständig überblicken konnten - erneut stationär aufgenommen wurden, soll Fig. 10 (s.S.29) veranschaulichen. Wie aus ihr hervorgeht, betrug die relative Zahl der Wiederaufnahmen bei der Vergleichsgruppe aus der neuen Ära der Psychopharmaka mit mehr als 40% fast das Dreifache des Wertes, den wir bei der ersten Patientengruppe verzeichneten - und zwar sowohl bei den endogenen Depressionen als auch bei den Schizophrenien. Nur bei den letzteren dagegen konnten wir schon bei der Vergleichsgruppe aus der Ära der Schocktherapie einen deutlichen Anstieg der Wiederaufnahmequote beobachten.



Figur 10: Zahl der gebessert entlassenen Fälle, die im Verlauf von 2 Jahren wieder zur Aufnahme gekommen waren (in Prozent)

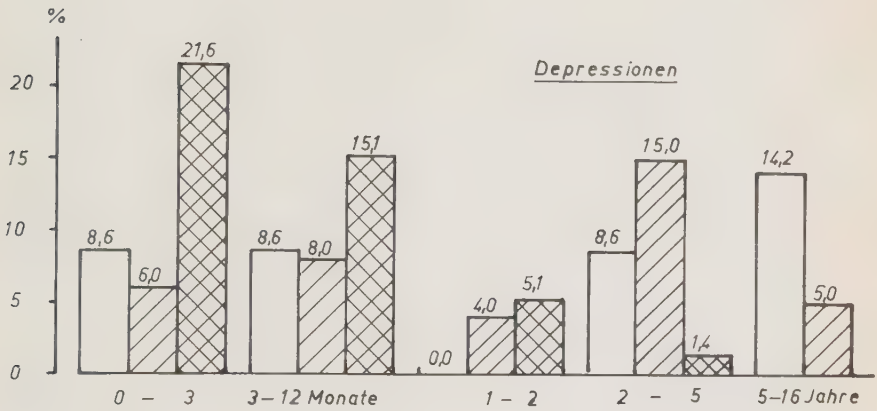
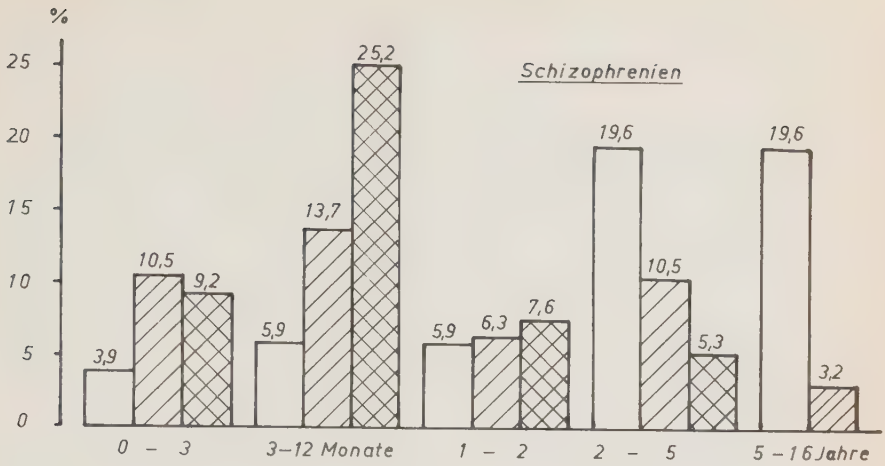
Wie zahlreich und kurzfristig die Patienten der jüngsten Vergleichsgruppe in die stationäre Behandlung zurückgekommen waren, lässt auch Tabelle IX erkennen. Die Wiederaufnahmequote dieser Gruppe lag bei beiden Krankheitsformen bis zum Frühjahr 1963 - also nach einer höchstens vierjährigen Beobachtungsperiode - schon eindeutig höher als die der zweiten Vergleichsgruppe nach einer Verlaufskontrolle von maximal 14 Jahren. Ausserdem konnten wir feststellen, dass die endogenen Depressionen in allen drei Gruppen insgesamt eine etwas grössere Chance für eine dauerhafte Besserung hatten als die Schizophrenien.

	Schizophrenien	Depressionen
1929 - 31	28 = 54,9%	14 = 40,0%
1949 - 51	42 = 44,2%	38 = 38,0%
1959 - 61	62 = 47,3%	60 = 43,2%

TABELLE IX

Zahl der Wiederaufnahmen im Verlauf der gesamten Beobachtungsperiode (bis Frühjahr 1963)

Ein genaueres Bild der zeitlichen Abstände zwischen Entlassung und erneuter stationärer Aufnahme soll Fig. 11 (s. S. 31) vermitteln. Die Längsschnittbetrachtung der drei Gruppen zeigt, daß sich die Wiederaufnahmequoten der Patienten aus unserer zweiten Vergleichsperiode zeitlich am gleichmässigsten verteilten, während bei der ersten Vergleichsgruppe die späten Wiederaufnahmen und bei der dritten die frühzeitig rehospitalisierten Patienten klar überwogen. Diese letzte Feststellung gilt in besonderem Masse für die depressiven Psychosen, bei denen jeder fünfte der in den Jahren 1959 - 61 gebessert entlassenen Patienten schon innerhalb von drei Monaten nach der Entlassung in die stationäre Behandlung zurückgekommen war.



Figur 11:

Verteilung des zeitlichen Abstandes zwischen
Entlassung und Wiederaufnahme

□ 1929-31

▨ 1949-51

▩ 1959-61

E) DISKUSSION

I) VERÄNDERUNGEN IM AUFNAHMEKRANKENGUT DER LETZTEN DREI JAHRZEHNTE

Bevor wir im einzelnen die Ergebnisse unserer Ermittlungen mit den zu unserer Fragestellung gehörigen Resultaten der oben erwähnten Autoren und insbesondere mit den Befunden der gleichfalls schon erwähnten, an der Nervenlinik der Universität München durchgeführten Untersuchung (32) vergleichen, möchten wir ein Ergebnis festhalten, das in unseren bisherigen Ausführungen schon mehrfach angeklungen ist. Wir meinen die psychiatrische Entwicklung der letzten Jahrzehnte charakterisierenden Wandel der Heil- und Pflegeanstalt alten Stils zum psychiatrischen Fachkrankenhaus, der sich etwa seit Kriegsende vollzogen hat.

Dieser Wandel spiegelt sich - nach seinen Ursachen soll erst später gefragt werden - in unserer Untersuchung schon allein in den Gesamtaufnahmezahlen, die trotz ihres gewaltigen Anstiegs - in den Jahren 1949 - 51 sind sie gegenüber unserer ersten Vergleichsperiode (1929-31) um 183 % und in den Jahren 1959 - 61 gegenüber der zweiten Periode noch einmal um 63 % angestiegen - dennoch nicht zu einer wesentlichen Vermehrung der Gesamtzahl der hospitalisierten Patienten geführt haben (s. Tabelle I, S. 8). Das im Nervenkrankenhaus Haar an einem bestimmten Stichtag in stationärer Behandlung stehende Krankengut ist im Gegenteil in den Jahren 1959 - 61 durchschnittlich etwa um 5% kleiner gewesen als 10 Jahre zuvor.

Entsprechende Beobachtungen wurden von SHEPHERD (28) und vor allem von BRILL und PATTON (4, 5) gemacht. Letztere konnten an dem grossen Material von über 90 Tausend Patienten eindrucksvoll nachweisen, dass sich trotz steigender Aufnahmezahlen die Zahl der hospitalisierten Patienten ab 1955 plötzlich verringerte, zunächst jährlich um etwa 500 Patienten, 1958 um mehr als 1000 Patienten und 1959 schon fast um 2000 Patienten.

Das Aufnahmekrankengut ist in dem von uns beobachteten Zeitraum aber nicht nur sehr viel grösser geworden, auch in seiner Zusammensetzung ist es heute völlig anders beschaffen als vor dreissig Jahren; denn damals hat es sich dabei fast ausschliesslich um Verlegungen aus der Universitätsnervenlinik oder der psychiatrischen Abteilung des Schwabinger Krankenhauses in München gehandelt, deren Behandlung sich wohl in den meisten Fällen für diese vorgeschalteten klinischen Einrichtungen als zu langwierig erwiesen hatte. In den Jahren 1949 - 51 machte dagegen der Anteil der Verlegungen an der Gesamtaufnahmezahl des Nervenkrankenhauses Haar nur noch etwa ein Drittel aus, und in den Jahren 1959 - 61 war er mit 1 - 2% demgegenüber kaum noch nennenswert. So konnte bei dem ständig grösser gewordenen Anteil der direkt aufgenommenen, nicht vorher

ausgelesenen Patienten auch im Nervenkrankenhaus der Gesichtspunkt der Behandlung mehr und mehr vor den der Pflege treten - auch wenn wir einmal ganz von den Möglichkeiten absehen, die sich durch die therapeutische Entwicklung ergaben.

Zu der veränderten Zusammensetzung des Aufnahmekrankengutes gehört auch der von uns beobachtete Anstieg des Durchschnittsalters (s. Tab. IV, S. 12), der zum Teil möglicherweise mit der bekannten Verschiebung der Alterspyramide der Gesamtbevölkerung zusammenhängt, hauptsächlich aber wohl dadurch bedingt ist, dass in den Jahren 1949 - 51 und noch sehr viel stärker ausgeprägt in den Jahren 1959 - 61 die Gruppe der zum vierten oder öfteren Male aufgenommenen Patienten gegenüber der ersten Periode zugenommen hat (s. Tab. V, S. 13). Dem entspricht auch, daß sich in den beiden jüngeren Vergleichsperioden der Anteil der schizophrenen und depressiven Patienten, deren Krankheitsbeginn bei der stationären Aufnahme schon länger als 10 Jahre zurücklag, deutlich vergrößert hat, nämlich von insgesamt etwa 24 % in der ersten auf 29 % in der zweiten und 30 % in der dritten Periode (s. Figuren 1 und 2, S. 15 u. 16).

SHEPHERD (28) fand bei seinem Vergleich der in den beiden Dreijahresperioden 1931 - 33 und 1945 - 47 aufgenommenen Patienten bei der zweiten Gruppe mit 50 Jahren ebenfalls ein höheres Durchschnittsalter als bei den früher aufgenommenen Patienten, die bei der stationären Aufnahme durchschnittlich 46 Jahre alt gewesen waren, wobei der Autor allerdings - anders wie wir - sämtliche diagnostischen Gruppen berücksichtigt hatte.

Aus der Untersuchung von SHEPHERD geht auch hervor, daß der Anteil der Wiederaufnahmen an der Gesamtzahl der aufgenommenen Patienten in den Jahren 1945 - 47 deutlich über dem der ersten Dreijahresperiode lag - eine Verschiebung, die in dem von uns untersuchten Aufnahmekrankengut erst in der letzten Vergleichsperiode von 1959 - 61 klar zutage getreten ist und hier zu einer Verteilung von Erst- und Wiederaufnahmen geführt hat, wie sie ähnlich auch von MÜLLER und SCHEURLE (21) für die schizophrenen und manisch-depressiven Patienten unter den Gesamtzugängen der sechs Rheinischen Landeskrankenhäuser im Aufnahmejahr 1960 angegeben wird. Übereinstimmend geht ebenfalls aus den Untersuchungen von AUCH (1), BRILL und PATTON (5), BROWN (6) und SHEPHERD (29) hervor, dass sich das Verhältnis von Erst- und Wiederaufnahmen im Verlauf der 50er Jahre z. T. erheblich zu Ungunsten der Erstaufnahmen verschoben hat.

Dagegen weist das psychiatrische Aufnahmekrankengut der Nervenklinik der Universität München in den letzten drei Jahrzehnten in seiner Zusammensetzung eine weit grössere Konstanz auf. Dies zeigt die Arbeit von STILLE (32), die bezüglich der Ver-

gleichsperioden, der Auswahl der bearbeiteten Fälle und der Auswertungskriterien unserer Untersuchung genau entspricht. Damit werden alle Voraussetzungen erfüllt, die für einen zuverlässigen Vergleich der verschiedenen statistischen Ergebnisse beider Untersuchungen notwendig sein.

So können wir der angeführten Arbeit entnehmen, dass das Durchschnittsalter der in die Münchener Klinik aufgenommenen schizophrenen und depressiven Patienten in dem beobachteten Zeitraum im wesentlichen unverändert geblieben ist. In den Jahren 1929 - 31 sind die Patienten dieser Klinik - Schizophrenen und endogene Depressionen zusammengekommen - bei der stationären Aufnahme durchschnittlich um zwei Jahre jünger gewesen als die Patienten der entsprechenden Vergleichsgruppe des Nervenkrankenhauses Haar - ein Altersunterschied, der in der zweiten und dritten Vergleichsperiode auf durchschnittlich sechs bzw. sieben Jahre angestiegen ist.

Das niedrigere Durchschnittsalter der in die Klinik aufgenommenen Patienten weist schon in etwa darauf hin, dass sich unter ihnen in allen drei Aufnahmegruppen eine relativ hohe Zahl von Erstaufnahmen befand. So umfasste deren Anteil in der ersten Vergleichsperiode genau zwei Drittel der Gesamtaufnahmen - sowohl bei den Schizophrenen als auch bei den endogenen Depressionen. Wenn wir den Erstaufnahmeanteil in der zweiten und dritten Periode für die beiden Krankheitsformen wiederum zusammen betrachten, fällt aber auf, dass sich - entsprechend unseren eigenen Beobachtungen und denen der oben erwähnten Autoren - dieser Anteil auch an der Klinik verringert hat, nämlich auf 63,7 bzw. 57,9 %. Doch liegen diese Werte durchschnittlich immer noch mehr als 20 % über den entsprechenden Vergleichszahlen des Nervenkrankenhauses Haar.

Etwa in dem gleichen Ausmass überwiegen in dem Aufnahmekrankengut der Münchener Klinik im Vergleich zu unseren Ergebnissen die Fälle, deren Krankheitsgeschichte nicht länger als zwei Jahre zurückreicht. Auch der Prozentsatz dieser Fälle zeigt hier aber in den einzelnen Vergleichsperioden mit Werten von 67,1, 65,5 und 54,3 % eine leicht abnehmende Tendenz.

II) ANWENDUNGSBREITE DER SOMATISCHEN BEHANDLUNGSMETHODEN

1) Insulinschock- und Heilkrampftherapie.

Wie weit der Gesichtspunkt der Behandlung im Nervenkrankenhaus Haar schon in den Jahren 1949 - 51 zumindest bei dem Aufnahmekrankengut, das in dieser Zeit ja noch etwa ein Drittel Verlegungen - also mehr oder weniger ergebnislos vorbehandelte Patienten - enthielt, in den Vordergrund trat und von den Möglichkeiten der aktiven Therapie gebrauch gemacht wurde, lässt der Vergleich mit der Behandlungsaktivität der Münchener Nervenklinik erkennen. Der Unter-

schied - im Nervenkrankenhaus Haar wurden in diesen Jahren 82 % der schizophrenen und 70 % der depressiven Patienten mit einer bestimmten Form der Schocktherapie behandelt, gegenüber 96 % und 87 % in der Klinik - ist zwar signifikant, kann aber gewiss nicht als erheblich bezeichnet werden. Bemerkenswert dabei ist der unterschiedliche Anwendungsbereich der Insulinkuren. Dieses aufwendige Verfahren wurde in der Klinik ausschliesslich bei der Behandlung der Schizophrenien eingesetzt (und zwar etwa im gleichen Umfang und - gemessen an der durchschnittlichen Zahl der Komata - auch in der gleichen Intensität wie in dem Nervenkrankenhaus), während in Haar ausserdem auch 29 % der endogenen Depressionen einer grossen Insulinbehandlung unterzogen wurden. Dass die durchschnittliche Zahl der im Einzelfall bei schizophrenen und depressiven Patienten ausgelösten Heilkrämpfe in den Jahren 1949 - 51 im Nervenkrankenhaus höher war, mag darauf hinweisen, dass man es hier im Durchschnitt mit schwereren und ungünstigeren Krankheitsverläufen zu tun hatte als in der Klinik.

Bedingt durch den Wandel der Therapie sind - wie wir schon zeigen konnten - in den Jahren 1959 - 61 nur noch 42 % der in das Nervenkrankenhaus Haar aufgenommenen schizophrenen und depressiven Patienten mit dem Schockverfahren behandelt worden. Im gleichen Zeitraum ist der entsprechende Vergleichswert der Nervenklinik München auf 49 % zurückgegangen, wobei dort aber die durchschnittliche Schockzahl pro Behandlung - im Gegensatz zu unseren Beobachtungen - nicht abgenommen hat.

Aus der Untersuchung von AUCH (1) können wir entnehmen, dass in den Jahren 1950 und 1951 bei 62,8 % der in das Rheinische Landeskrankenhaus Bonn aufgenommenen endogenen Psychosen eine Elektroschockbehandlung und bei 3,7 % eine Insulinkur durchgeführt wurde. Die entsprechenden Werte für das Jahr 1960 gibt der Autor mit 13,9 und 5,0 % an.

Danach scheint also die Behandlungsaktivität, wie wir sie im Nervenkrankenhaus Haar in den Jahren 1949 - 51 beobachten konnten, verhältnismässig gross gewesen zu sein, ebenso wie auch der Umfang, in dem noch in der jüngsten Vergleichsperiode die herkömmliche Schocktherapie hier zur Anwendung kam.

2) Pharmakotherapie

Die ersten Behandlungsversuche mit Chlorpromazin an einer kleinen Zahl schizophrener Patienten wurden im Nervenkrankenhaus Haar schon im Frühjahr 1953 unternommen (16). Nach Überwindung anfänglicher Schwierigkeiten und Misserfolge hat die Therapie mit den neuen psychotropen Substanzen schliesslich bei insgesamt 97 % der in den Jahren 1959 - 61 aufgenommenen schizophrenen und depressiven Patienten Anwendung gefunden, was einer Erweiterung der therapeutischen Aktivität gegenüber der vorhergehenden Vergleichsperiode um

mehr als 20 % entspricht.

Im gleichen Zeitraum wurden in der Nervenklinik München insgesamt 86 % der stationär aufgenommenen Schizophrenen und endogenen Depressionen mit Psychopharmaka behandelt. Berücksichtigen wir die Zahl der hochdosierten Reserpin- und Imipraminbehandlungen, möchten wir allerdings annehmen, dass die Medikamente in der Klinik durchschnittlich in einer höheren Dosierung zur Anwendung kamen als in Haar. Bei den - wie Fig. 7 (S. 22) gezeigt hat - relativ niedrigen durchschnittlichen Tages- und Maximaldosen der im Nervenkrankenhaus Haar häufiger angewandten Psychopharmaka, muss aber neben einer gewissen Tendenz zu einer eher kleineren Dosierung vor allem die Dauer der Behandlung in Rechnung gestellt werden.

Detaillierte Angaben zur Therapie der im Jahre 1960 aus den sechs Rheinischen Landeskrankenhäusern entlassenen schizophrenen Patienten enthalten die statistischen Erhebungen von MÜLLER und SCHEURLE (21). Obwohl diese Angaben nur eingeschränkt mit unseren Werten vergleichbar sind - so wurden z. B. 12,4 % der 2338 entlassenen Schizophrenen länger als 12 Monate und 6,0 % weniger als eine Woche behandelt -, möchten wir doch einige charakteristische Ergebnisse aus dieser Untersuchung anführen. Danach wurden 69,97 % der schizophrenen Patienten ausschliesslich mit Psychopharmaka behandelt. Unter ihnen befanden sich 25,11 %, bei denen teils ausschliesslich teils in Verbindung mit Phenothiazinen eine Reserpinbehandlung durchgeführt worden war. Nur noch bei 9,93 % der Patienten - darin sehen wir den Hauptunterschied zu den von uns beobachteten Werten - kam eine Form der Schocktherapie zur Anwendung, aber nur bei einem knappen Drittel von ihnen ohne zusätzliche Behandlung mit Phenothiazinen.

Bei der ausserordentlich breiten Anwendung der somatischen Behandlungsmethoden - insbesondere der Psychopharmaka -, wie wir sie in der letzten Vergleichsperiode bei unseren Ermittlungen feststellen konnten, muß aber stets berücksichtigt werden, dass sich unsere Untersuchung auf das Aufnahmekrankengut beschränkt hat. In welchem Umfang sich die therapeutische Aktivität in der Regel auf die frisch aufgenommenen Patienten konzentriert, lassen sehr gut die Ermittlungen von BRILL und PATTON (4) erkennen. Die beiden Autoren geben an, dass im Jahre 1958 insgesamt 31 % der in den Psychiatrischen Krankenhäusern New Yorks hospitalisierten Patienten einer somatischen Behandlung zugeführt werden konnten - etwa 10 % davon einer Elektroschockbehandlung und die übrigen einer Therapie mit Psychopharmaka. Während aber von den Patienten, die sich noch im ersten Jahr der stationären Behandlung befanden, 68 % einer somatischen Therapie unterzogen wurden, kam diese dagegen nur bei 19 % der Fälle zur Anwendung, deren stationäre Aufnahme länger als zehn Jahre zurücklag.

III) ZU DEN BEHANDLUNGSERGEBNISSEN DER DREI VERGLEICHSPERIODEN

1) Aufenthaltsdauer

Die meisten Autoren geben übereinstimmend an, dass es im Verlauf der letzten drei bis vier Jahrzehnte zu einer zunehmenden Verkürzung der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer gekommen ist (6, 7, 24, 25, 28). Über die Ursachen dieser Erscheinung gehen die Meinungen allerdings auseinander. FREYHAN (7) zieht neben dem Einfluss der therapeutischen Massnahmen auch das psychologische Moment in Betracht, das von der Therapie als solcher ausging: die Tatsache, dass "die Patienten ihre Behandlung hatten", soll zu einer grösseren Bereitschaft geführt haben, sie wieder nach Hause zu entlassen. SHEPHERD (28) sieht die Ursache vor allem in "unspezifischen" Faktoren, wie in der veränderten Zusammensetzung des Krankenguts und einer aktiveren Entlassungspolitik. Letztere spielt auch für ÖDEGAARD (24) eine bedeutende Rolle als Ursache, doch will der Autor den Einfluss der neuen Therapeutika nicht von der Hand weisen.

Die jeweils stark verkürzten durchschnittlichen Behandlungszeiten, die wir bei unseren eigenen Ermittlungen beobachten konnten (s. Tab. VIII, S. 24), mögen als ein weiteres Merkmal für den allmählichen Wandel zum Fachkrankenhaus betrachtet werden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der letzten Vergleichsperiode von 3 Monaten und 23 Tagen bei den Schizophrenien und genau 3 Monaten bei den Depressionen entspricht etwa den Angaben von MÜLLER und SCHEURLE (21), wonach im Jahre 1960 der Gipfel der Entlassungsbewegung nach einem stationären Aufenthalt von 2 - 3 Monaten zu finden war.

Mit ÖDEGAARD möchten auch wir annehmen, dass die eindrucksvolle Verkürzung der durchschnittlichen Behandlungszeiten, die im Falle der Schizophrenien gegenüber der ersten Vergleichsperiode dreieinhalb Jahre betragen hat, nicht allein als Erfolg der therapeutischen Massnahmen zu werten ist. Wir müssen in Rechnung stellen, dass das Krankengut der ersten Vergleichsperiode einen sehr hohen Anteil von Verlegungen enthielt. Darunter befanden sich zwar sicher viele Patienten, bei deren Verlegung ausschliesslich administrative Momente eine Rolle spielten. Darüberhinaus ist aber auch mit der Möglichkeit zu rechnen, dass in dieser Zeit mehr chronisch Kranke mit ungünstiger Prognose Aufnahme fanden als in den späteren Vergleichsgruppen. Zum anderen gilt es das erhebliche Ansteigen der Gesamtaufnahmen zu bedenken, das zweifellos zu einem wachsenden Druck auf die Entlassungspolitik im Sinne einer Aktivierung geführt hat.

Dieser Zusammenhang scheint ebenso für die Interpretation der Vergleichswerte der Nervenklinik München von Bedeutung zu sein. Die

durchschnittliche Verweildauer der schizophrenen und depressiven Patienten in der Klinik war in der ersten Vergleichsperiode mit 57 und 67 Tagen deutlich länger als in der zweiten Periode, in der die Patienten im Durchschnitt schon nach 51 bzw. 35 Tagen entlassen wurden. In der dritten Periode konnte jedoch wieder eine Verlängerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer festgestellt werden - und zwar bei den Schizophrenen auf 66 Tage und bei den Depressionen auf 45 Tage. Parallel zu dieser Entwicklung aber ist in den Jahren 1949 - 51 die Zahl der Gesamtaufnahmen gegenüber der ersten Periode auf fast das Doppelte angestiegen, während sie sich in den Jahren 1959 - 61 gegenüber der zweiten Periode wieder beträchtlich - um mehr als ein Drittel - verringert hat.

Wenn auch die eben genannten Faktoren die Entlassungsbewegung beeinflussen haben mögen, so kann doch kein Zweifel daran bestehen, dass die modernen somatischen Therapieverfahren erst die Voraussetzung für eine angemessene "Bewältigung" der im allgemeinen erheblich angestiegenen Patientenzahlen geliefert haben.

Die kürzeren Behandlungszeiten, wie sie heute üblich sind, können von sich aus schon wesentlich dazu beitragen, die soziale Wiedereingliederung der Patienten zu erleichtern. Sie helfen mit, die Gefahren zu vermindern, die dem Geisteskranken aus einer längeren Trennung von allen gewohnten sozialen Bindungen zwangsläufig erstehen. Dazu gehören ausser dem Verlust des Arbeitsplatzes und der Entfremdung von den Angehörigen vor allem auch der drohende Hospitalismus, der die weitere Prognose der psychischen Erkrankung zunehmend schlechter werden lässt. In einer eingehenden Analyse der diagnostischen Struktur, Soziologie und Therapie von 400 chronisch geisteskranken Patienten eines deutschen psychiatrischen Krankenhauses konnten HADDENBROCK und POESCHEL (12) zeigen, in welchem erschreckenden Ausmass diese widrigen anstaltsinternen und externen Sozialfaktoren selbst bei einer nach mehreren Jahren erzielten relativ guten Remission des Krankheitsprozesses dem eigentlichen Ziel der sozialen Wiedereingliederung entgegenstehen.

BRILL und PATTON (5) haben an dem grossen Material, das ihren Untersuchungen zugrunde lag, den engen Zusammenhang zwischen Dauer des stationären Aufenthalts und weiterer Prognose statistisch eindeutig nachweisen können. Sie fanden, dass die Wahrscheinlichkeit, im Verlauf eines Jahres nach der Entlassung wieder aufgenommen zu werden, bei den Fällen, die innerhalb von drei Monaten entlassen werden konnten, geringer als 10 % ist, während sie bei den Patienten, deren Entlassung erst nach 19 Monaten erfolgte, bei 25 % liegt.

2) Behandlungserfolge

Es kann zwar nicht ausgeschlossen werden, dass die stark vermehrte Zahl der Gesamtaufnahmen die Entlassungsbewegung vorangetrieben hat, doch könnte dadurch bestenfalls die quantitative, nicht aber die

gleichzeitig aufgetretene qualitative Verbesserung der unmittelbaren Behandlungsergebnisse erklärt werden. Wie die Fig. 8 u. 9 (s. S. 26 u. 27) zeigt haben, hat sich das Verhältnis von gut zu leicht gebessert entlassenen Patienten sowohl in der Ära der Schocktherapie wie nach Einführung der Pharmakotherapie eindrucksvoll jeweils zugunsten der ersteren verschoben - ebenso, wie sich auch das Verhältnis der leicht gebesserten zu den ungebessert entlassenen bzw. im Krankenhaus verbleibenden Patienten in beiden Phasen jeweils zugunsten der ersteren verschoben hat. Zur Verbesserung der Resultate gehört auch die Zahl der Todesfälle, die sich in den beiden neueren Vergleichsperioden deutlich verringerte.

Eine ähnliche Tendenz wie die eben beschriebene können wir aus den Vergleichswerten der Nervenambulanz der Universität München ablesen. Auch dort hat sich das Verhältnis der gut gebesserten zu den ungebessert entlassenen Patienten in den beiden neueren Vergleichsperioden jeweils stark zu gunsten der ersteren verschoben. Einen gewissen Unterschied zu den von uns beobachteten Ergebnissen sehen wir darin, dass in der zweiten Vergleichsperiode der Anteil der leicht gebessert entlassenen Klinikpatienten bei den Depressionen im gleichen Umfang, bei den Schizophrenien gegenüber der ersten Periode sogar stärker zugenommen hat als der Anteil der gut gebessert entlassenen Patienten - eine Erscheinung, die vermutlich auf die in diesen Jahren an der Klinik beobachtete forcierte Entlassungsbewegung zurückgeführt werden kann. Im übrigen liegt der Anteil der gut gebessert entlassenen schizophrenen Patienten des Nervenkrankenhauses Haar in allen drei Perioden 3 - 4 % über den entsprechenden Werten der Klinik. Der analoge Vergleich bei den Depressionen fällt in der ersten Vergleichsperiode sehr zu gunsten der Klinik aus, an der damals fast zehnmal so viele Patienten gut gebessert entlassen werden konnten als in Haar. In der zweiten und dritten Periode dagegen liegen wiederum die Vergleichswerte des Nervenkrankenhauses Haar mit jeweils 1 % über denen der Klinik. Diese nur geringen Unterschiede des Heilerfolgs erlauben natürlich nicht, auf eine in beiden psychiatrischen Einrichtungen unterschiedliche Wirksamkeit der Behandlung zu schliessen.

Sehr vereinfacht und eine Vielfalt von Faktoren ausseracht lassend, können wir aber aus dem Vergleich vielleicht den allgemeinen Schluss ziehen, dass sich in einer grossen Gruppe von Patienten durch intensive Behandlung offenbar die gleichen unmittelbaren Resultate erzielen lassen wie in einer Vergleichsgruppe durch eine zwar weniger intensive, aber ebenso breite Anwendung der Therapeutika in Verbindung mit etwas längeren Behandlungszeiten - die ja trotz aller Vorzüge des kurzen stationären Aufenthalts hinsichtlich des Heilerfolgs eine gewisse optimale Dauer haben müssen.

Auch in den Ermittlungen von MÜLLER und SCHEURLE (21) findet sich ein Versuch zur Beurteilung des Behandlungserfolgs bei den im Jahre 1960 aus den Rheinischen Landeskrankenhäusern entlassenen schizophrenen Patienten. Dabei verwandten die Autoren allerdings - abgesehen von den Todesfällen - eine Skala von sieben Bewertungskategorien, die von "praktischer Heilung" (2, 2%) bis "verschlechtert" (0, 3%) und "ungeklärt" (2, 1%) reicht. Bei der Kategorie der "gut gebesserten" Patienten (59, 6%) wurden vermutlich - worauf der hohe Prozentsatz hinweist - weniger strenge Bewertungsmaßstäbe angelegt als bei der entsprechenden Gruppe in unserer Untersuchung. Von der Bewertungskategorie her lässt sich mit unseren eigenen Werten lediglich der Prozentsatz der "ungebessert entlassenen" Patienten vergleichen, der auch mit 6, 7 % (MÜLLER und SCHEURLE) und 6, 0 % (eigener Wert) eine gute Übereinstimmung zeigt.

Bei kritischer Prüfung der Faktoren, die für die in der zweiten und dritten Vergleichsperiode aufgetretene Verbesserung der Behandlungsergebnisse im Nervenkrankenhaus Haar verantwortlich zu machen sind, ist es zunächst notwendig, sich daran zu erinnern, dass sich das Aufnahmekrankengut in dem beobachteten Zeitraum in seiner Zusammensetzung stark verändert hat. Die hohe Zahl der Verlegungen in der Zeit vor Einführung der Schocktherapie wie auch deren nicht unbeachtlicher Anteil in den Jahren 1949 - 51 haben sicher - je nach Grösse des Anteils an den Gesamtaufnahmen - einen ungünstigen Einfluss auf die Ergebnisse der betreffenden Vergleichsperioden ausgeübt. Auf der anderen Seite aber war in den Jahren 1959 - 61 eine Zunahme des Anteils der Wiederaufnahmen festzustellen, so dass letztlich - wenn wir voraussetzen, dass mit jedem weiteren Schub bzw. jeder neuen Phase einer Psychose eine Verschlechterung der Prognose einhergeht - hinsichtlich der therapeutischen Beeinflussbarkeit doch in etwa vergleichbare Verhältnisse zwischen den drei Aufnahmegruppen bestanden haben.

Unbestreitbar als direkte Auswirkung der neuen medikamentösen Therapie, wodurch seit deren Einführung auch Gesicht und Klima der psychiatrischen Krankenhäuser überall verändert wurde, ist der Rückgang der früher so häufig notwendigen Isolierungen erregter, angstgequälter Patienten zu werten. So waren im Jahre 1951 auf einer Unruhigenstation im Nervenkrankenhaus Haar noch 200 bis 250 Isolierungen im Monat erforderlich, während man 1955 monatlich nur noch bei 30 bis 50 Patienten eine kurzfristige Isolierung nicht umgehen konnte (16).

Auch BRILL und PATTON (4, 5) berichten von einem signifikanten Rückgang aller Massnahmen zur körperlichen Beschränkung, der bald nach Einführung der Pharmakotherapie einsetzte und in den Jahren 1958 und 59 schliesslich bei einem Achtel des ursprünglichen Standes haltmachte. Diese Beobachtung und die Tatsache, dass die

schizophrene Patientengruppe - für die nach Meinung der Autoren die Pharmakotherapie in besonderem Masse einen Fortschritt gegenüber früheren Behandlungsmethoden darstellt - den grössten Anteil hatte an der seit 1955 sich ständig verringernden Zahl der in den psychiatrischen Krankenhäusern New Yorks untergebrachten Patienten, lassen BRILL und PATTON zu dem Schluss kommen, dass für diese umwälzenden Veränderungen allein die im Jahre 1955 erstmalig im grossen Stil durchgeführte medikamentöse Behandlung verantwortlich zu machen sei.

Von einer ähnlichen Verbesserung der Behandlungsergebnisse kann ÖDEGAARD (23,24,25) berichten. Allerdings soll diese - gemessen an dem Anstieg der Entlassungszahlen, an dem die Schizophrenen wiederum jeweils den grössten Anteil hatten - nach Einführung der Schocktherapie deutlich zu sehen gewesen sein als nach Einführung der medikamentösen Behandlung. So konnten in den Jahren 1926 - 35 nur 33% der in den psychiatrischen Krankenhäusern Norwegens zum erstenmal aufgenommenen schizophrenen Patienten innerhalb eines Jahres entlassen werden, gegenüber 50 % in den Jahren 1936 - 45 (24). Für die männlichen schizophrenen Erstaufnahmen der Jahre 1948 - 52, die bis Ende 1953 entlassen wurden, gibt der Autor (25) einen Prozentsatz (60,6 %) an, der nur wenig unter dem entsprechenden Wert (66,7 %) der Jahre 1955 - 59 liegt. Als entlassen galten dabei nur die Patienten, die innerhalb eines Jahres nicht erneut aufgenommen werden mussten - was u.E. den geringen Unterschied der beiden letzten Vergleichswerte zum Teil erklärt. Bei den manisch-depressiven Patienten ergab sich nach ÖDEGAARD in den Jahren 1955 - 59 sogar ein ungünstigeres Bild (84,0 % entlassen) als in den Jahren 1948 - 52 (86,8 % entlassen), doch ist dies vermutlich - wenn wir von unserer eigenen Beobachtung ausgehen dürfen, dass sich gerade bei den endogenen Depressionen die kurzfristigen Wiederaufnahmen in den letzten Jahren gehäuft haben (s. Fig. 11, S. 31) - ebenfalls wohl zum grossen Teil auf die besondere Fassung des Entlassungsbegriffs zurückzuführen. Dass die Pharmakotherapie auch in den psychiatrischen Krankenhäusern Norwegens entscheidende Verbesserungen gebracht oder zumindest eingeleitet hat, folgt aus der Angabe ÖDEGAARDS (23), dass im Jahre 1959 Massnahmen zur mechanischen Beschränkung und Isolierung unruhiger Patienten zehnmal seltener angewendet werden mussten als im Jahre 1955 - was sich mit der diesbezüglichen Angabe von BRILL und PATTON also weitgehend deckt.

Es lässt sich somit sagen, dass die Einführung der Psychopharmaka in die Therapie der endogenen Psychosen eine grundlegende Änderung des gesamten Behandlungsstils herbeigeführt hat, die man am besten wohl mit dem Begriff der Liberalisierung kennzeichnen kann. Viele, früher gefürchtete Situationen haben nun durch den rasch dämpfenden und gut dosierbaren Effekt der psychotropen Substanzen ihren Schrecken verloren. Es ist deshalb heute möglich geworden, zusätzliche the-

rapeutische Massnahmen - wie Arbeits- und Beschäftigungstherapie - in grösserem Rahmen als bisher durchzuführen (23). Im Zuge der Liberalisierung traten zu diesen Massnahmen in steigendem Umfang noch weitere sozio- und milieutherapeutische Bemühungen hinzu - wie die Veranstaltung von Tanznachmittagen, Bildung von Musik- und Sportgruppen usw.

SHEPHERD (29, 30) kam deshalb zu der Überzeugung, dass die weit- hin beobachtete Verbesserung der Behandlungsergebnisse nach Einführung der Pharmakotherapie, die in seiner eigenen Untersuchung (29) allerdings nur in geringem Ausmass zutage trat, letztlich als Auswirkung dieser unspezifischen therapeutischen Bemühungen und als Folge der veränderten inneren Einstellung des Pflegepersonals wie der Ärzte zu verstehen sei.

SHEPHERD beruft sich dabei auf ein interessantes Ergebnis einer Untersuchung von LINN (18), der nach Einführung der Pharmakotherapie einen sprunghaften Anstieg der Entlassungsziffern feststellen konnte, an dem jedoch behandelte wie unbehandelte Patienten gleicher- massen Anteil hatten. Diese Erscheinung glaubt LINN auf einen zu- nehmenden therapeutischen Optimismus zurückführen zu können - auf eine optimistische Erwartung von Heilerfolgen, mit der Ärzte und Pflegepersonal allen Patienten gegenübertraten, wodurch schliesslich die Aussicht auf eine gute Remission auch bei den Patienten gefördert worden sei, bei denen eine medikamentöse Behandlung nicht indiziert war.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Verbesserung der Be- handlungsergebnisse, die wir in den Jahren 1949 - 51 gegenüber den Jahren 1929 - 31 beobachten konnten, im wesentlichen als ein Ver- dienst der Heilkrampf- und Insulinschocktherapie zu werten ist, da ausser diesen neuen somatischen Behandlungsmethoden gegenüber früher keine Veränderungen eingetreten sind, die einen entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisse hätten nehmen können. Der Anteil dagegen, der den erwähnten unspezifischen therapeutischen Bemühun- gen und einem möglicherweise vermehrten therapeutischen Optimis- mus an der weiteren Verbesserung der unmittelbaren Behandlungser-gebnisse in den Jahren 1959 - 61 zukommt, kann wohl schwerlich ab- gegrenzt werden von dem direkten Einfluss der Pharmakotherapie. Sicher haben diese unspezifischen Massnahmen und Veränderungen die beobachteten Erfolge vorangetrieben und intensiviert, aber letzt- lich konnte dies erst mit Hilfe der therapeutischen Möglichkeiten ge- schehen, die dem Arzt mit den psychotropen Substanzen in die Hand gegeben wurden.

3) Stabilität der Behandlungserfolge

Die unmittelbaren Erfolge von Schock- und Pharmakotherapie, die sich - mehr oder weniger - überall in angestiegenen Entlassungszif-

fern, verkürzten Behandlungszeiten und auch in vergrösserten Zahlen von gut remittierten Patienten geäussert haben, erscheinen aber fragwürdig, wenn man sich den gleichzeitig - vor allem seit Einführung der Pharmakotherapie - beträchtlich angestiegenen Wiederaufnahmequoten zuwendet.

Bei einer genügend langen Verlaufskontrolle allerdings zeigt es sich, daß die Behandlungserfolge der Jahre 1949 - 51 eine mindestens ebenso grosse Stabilität besitzen wie die der Jahre 1929 - 31. Die Wiederaufnahmequoten der schizophrenen und depressiven Patienten aus der ersten Vergleichsgruppe sind zwar - wenn sich die Verlaufskontrolle z. B. nur auf jeweils fünf Jahre beschränkt - deutlich niedriger als die entsprechenden Werte der in der Ära der Schocktherapie behandelten Patienten (35,3 % und 25,8 % gegenüber 41,0 % und 33,0 %), doch im weiteren Verlauf der Beobachtung verschiebt sich das Verhältnis der Wiederaufnahmen - vor allem bei den Schizophrenen - mehr und mehr zu gunsten der zweiten Vergleichsgruppe (s. Figur 11, S. 31).

Ein ähnliches Ergebnis fand ÖDEGAARD (24) bei dem Vergleich der Wiederaufnahmequoten der beiden Zehnjahresgruppen 1926 - 35 und 1936 - 45. Nach einer jeweils zehnjährigen Verlaufskontrolle kamen bei der ersten Gruppe insgesamt 33 % der entlassenen schizophrenen Patienten in die stationäre Behandlung zurück, bei der zweiten 39 %, wobei allerdings - im Gegensatz zu unserer Arbeit - auch die Patienten berücksichtigt wurden, die länger als ein Jahr behandelt worden waren, und diejenigen, deren Entlassungszustand unbefriedigend war. Ein anderes Bild ergab sich aber bei dem Vergleich der Fälle mit guten Behandlungsergebnissen, die spätestens nach einem Jahr entlassen werden konnten. Danach kamen bei der ersten Gruppe 49 % der schizophrenen Patienten zur Wiederaufnahme, bei der zweiten nur 41 %. ÖDEGAARD durfte aus diesem Ergebnis den Schluss ziehen, dass die bei frischen Fällen - der Vergleich bezog sich nur auf Erstaufnahmen - mit Hilfe der Schocktherapie in den Jahren 1936 - 45 erzielten guten Resultate offenbar im Durchschnitt stabiler sind als die der Jahre 1926 - 35.

Für das nach Einführung der Pharmakotherapie weithin beobachtete Phänomen: Zunahme der Entlassungen bei ansteigender Zahl von Wiederaufnahmen, wurde der Begriff der "Drehtürpsychiatrie" geprägt, der mit einiger Berechtigung auch auf unsere Befunde angewendet werden kann. Kennzeichnend für diese neue Entwicklung erscheint uns weniger der Wiederaufnahmeanstieg als solcher (s. Fig. 10, S. 29), sondern viel mehr die Tatsache, daß die Patienten heute im Durchschnitt nach viel kürzerer Zeit rehospitalisiert werden als in der Ära der Schocktherapie. So ist die Zahl der zwischen einem und zwei Jahren nach der Entlassung wiederaufgenommenen Patienten bei unserer letzten Vergleichsgruppe im Verhältnis kaum grösser gewesen als diejenige der vorhergehenden Vergleichsgruppe, während die Prozentsätze der inner-

halb eines Jahres wiederaufgenommenen Patienten beider Gruppen recht erhebliche Unterschiede gezeigt haben (s. Figur 11). Die Tendenz zur frühzeitigen Wiederaufnahme ist - wie schon erwähnt - besonders deutlich bei den endogenen Depressionen hervorgetreten, bei denen innerhalb von drei Monaten nach der Entlassung in den Jahren 1959 - 61 im Verhältnis mehr als dreimal so viele Patienten in die stationäre Behandlung zurückgekommen sind als in den Jahren 1949 - 51. Überhaupt scheinen die Behandlungsergebnisse bei den endogenen Depressionen - gemessen an dem Anstieg der Wiederaufnahmen - seit Einführung der Pharmakotherapie mehr an Stabilität eingebüsst zu haben als die der Schizophrenien, obschon die Schizophrenien auch heute noch insgesamt eine etwas höhere Rückfallrate als die Depressionen aufweisen.

Dies geht auch aus den Ermittlungen ÖDEGAARDS (25) hervor, der bei dem Vergleich der männlichen Erstaufnahmen der Jahre 1948 - 52 mit denen der Jahre 1955 - 59 nach einer maximal fünfjährigen Verlaufskontrolle festgestellt hat, dass der Prozentsatz der Wiederaufnahmen bei den schizophrenen Patienten von 24,6 % in der ersten auf 27,9 % in der zweiten Gruppe angestiegen ist, bei den manisch-depressiven Patienten aber von 9,6 % auf 15,8 %.

Eine auf den ersten Blick möglicherweise überraschende Konsequenz des Wiederaufnahmeanstiegs ist bei der Untersuchung von AUCH (1) zutage getreten. Der Autor hat zeigen können, dass die im Jahre 1958 aufgenommenen, zwar bald entlassenen, aber auch bald rehospitalisierten Patienten während einer zweijährigen Beobachtungsperiode durchschnittlich eine insgesamt längere Zeit in stationärer Behandlung verbrachten als die im Jahre 1950 aufgenommenen, im Durchschnitt später entlassenen und auch später wiederkehrenden Patienten. Jedoch hat sich dabei statistisch nicht nachweisen lassen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Rückfallhäufigkeit besteht, bzw. dass Patienten mit kürzeren Behandlungszeiten auch die grössere Rezidivquote besitzen.

Dennoch meint AUCH, dass für das bedeutende Ansteigen insbesondere der kurzfristigen Wiederaufnahmen in erster Linie die häufigeren Frühentlassungen verantwortlich zu machen seien, da solche Patienten trotz weiterer medikamentöser Behandlung schon bei geringen alltäglichen äusseren Belastungen zu psychischen Dekompensationserscheinungen neigen würden und andererseits erfahrungsgemäss mit ihnen häufig eine vorzeitige Einstellung der Therapie, die ein erneutes Aufflackern des Krankheitsprozesses zur Folge hat, verbunden sei.

Auf die Notwendigkeit der medikamentösen Dauerbehandlung und ihre Bedeutung für die Remissionsstabilität vor allem der schizophrenen Psychosen hat auch LAUTER (15) in seiner Analyse der psychiatrischen Pharmakotherapie eindrücklich hingewiesen. LAUTER be-

tont, dass "die Therapie der endogenen Psychosen... eine Symptomtherapie" sei. "Der zylothyme oder schizophrene Krankheitsprozess schreitet trotz der Behandlung weiter fort und flammt erneut auf, sobald nach dem Absetzen des Psychopharmakons die mittelüberdauernde Wirkung der betreffenden Droge nachlässt oder erlischt. Daraus ergibt sich die Folgerung, dass die medikamentöse Therapie mindestens so lange ambulant fortgesetzt werden muss, bis die zylothyme Phase oder der schizophrene Schub abgeklungen ist."

FREYHAN (10) ist es gelungen, einen statistischen Nachweis für den Zusammenhang zwischen Remissionsstabilität und verlängerter medikamentöser Behandlung zu erbringen. Während einer vierjährigen Beobachtungsperiode hat der Autor bei den Patienten, die nach ihrer Entlassung weiterhin mit Psychopharmaka behandelt wurden, eine Rezidivquote von weniger als 15 % festgestellt, im Vergleich zu einer Rückfallrate von nahezu 50 % bei den Patienten, bei denen die Therapie nicht fortgesetzt wurde.

Demgegenüber hat LINN (18) allerdings die Meinung vertreten, dass die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres nach der Entlassung rehospitalisiert zu werden, bei den auf eine Erhaltungsdosis etwa von Chlorpromazin oder Reserpin eingestellten Patienten keineswegs geringer sei als für die Patienten, bei denen die medikamentöse Behandlung nach der Entlassung abgebrochen wurde. Im übrigen hat LINN zeigen können, dass an dem Anstieg der Wiederaufnahmequote - von den im Jahre 1953 entlassenen Patienten wurden im Verlauf des der Entlassung folgenden Jahres 17 % rehospitalisiert gegenüber 41 % in den Jahren 1955/56 - die Patienten, bei denen während des stationären Aufenthalts keine Pharmakotherapie durchgeführt wurde, ebenso beteiligt gewesen sind wie die medikamentös behandelten Kranken. Der Autor hat deshalb für den Anstieg der Rezidivquoten nach einer Erklärung gesucht, bei der die Pharmakotherapie keine unmittelbare Rolle spielt, und ist so zu dem Schluss gekommen, dass den Patienten der späteren Jahre nach der Entlassung vor allem die optimistische Einstellung der Ärzte und des Pflegepersonals, die die Remissionen vorangetrieben und gestützt hätte, auf die Dauer gefehlt haben würde, so dass es bei vielen - der psychisch stabilisierenden Funktion dieser optimistischen Einstellung nun plötzlich entzogen - zu einem Rückfall gekommen sei.

Doch genügt dieser psychologische Faktor sicher nicht, die stark verringerte Stabilität der Behandlungsergebnisse seit Einführung der Pharmakotherapie allein hinreichend zu erklären. Erst im Zusammenspiel all der genannten Faktoren wird sich dafür eine ausreichende Erklärung finden lassen.

Darüberhinaus muss aber berücksichtigt werden, dass die Wiederaufnahmequote nicht nur ein Kriterium für die Stabilität der unmittelbaren Behandlungserfolge darstellt. In ihr spiegelt sich vielmehr auch

der Einfluss - worauf schon AUCH (1) hingewiesen hat - vielschichtiger, vom Wandel der Zeit abhängiger soziologischer und psychologischer Faktoren. So hat wohl zu dem Wiederaufnahmeanstieg u. a. beigetragen, dass im Zeichen der Vollbeschäftigung nur wenige mehr Zeit und Geduld für eine häusliche Krankenpflege erübrigen wollen oder können. In vielen Fällen allerdings ist eine solche Pflege schon wegen der heute üblichen kleinen Wohnungen untragbar. Schliesslich aber dürfte in den angestiegenen Wiederaufnahmezahlen auch ein wachsendes Vertrauen in die stationäre psychiatrische Behandlung seinen Ausdruck finden - in eine Behandlung, die durch die Möglichkeit zur medikamentösen Therapie, durch die stark verkürzten Behandlungszeiten und die vergrösserte Freizügigkeit ihres gesamten Stils viel von dem ihr früher anhaftenden Bewahranstalt - Charakter verloren hat.

Wir konnten zeigen, dass sich die stationäre psychiatrische Behandlung in den letzten drei Jahrzehnten in ihrem Stil und in ihren Erfolgen entscheidend gewandelt hat - ein Wandel, der ohne den therapeutischen Einfluss der Schocktherapie und die vielfältigen, segensreichen Auswirkungen der Pharmakotherapie nicht denkbar wäre. Aus der ehemaligen "Irrenanstalt" ist das psychiatrische Fachkrankenhaus entstanden, das einen viel weitgespannteren Aufgabenbereich zu erfüllen hat - und dank der modernen somatischen Behandlungsmethoden dazu auch in der Lage ist - als die Heil- und Pflegeanstalt vor dreissig Jahren.

Diese stellte in unserem Fall - wie aus den Verlegungsziffern der einzelnen Vergleichsperioden hervorging - vornehmlich ein Sammelbecken dar für jene Geisteskranken, bei denen in der Nervenlinik der Universität München entweder die Remission aus Platzgründen nicht abgewartet werden konnte, oder die Symptomatik auf einen chronischen Krankheitsverlauf hinwies. Dagegen hat das Nervenkrankenhaus Haar heute zu einem grossen Teil die gleichen therapeutischen Aufgaben zu bewältigen, wie sie sich früher nur der Universitätsklinik stellten. Dass dabei - wie der diesbezügliche Vergleich erkennen liess - die therapeutische Aktivität und auch die Behandlungserfolge denen der Klinik nicht nachstehen, mag vielleicht ein überraschendes Ergebnis unserer Untersuchung gewesen sein; doch charakterisiert dies den Wandel, der in den gegenseitigen Beziehungen zwischen Klinik und Anstalt eingetreten ist.

Allerdings wird als zusätzliche grosse Aufgabe für das psychiatrische Krankenhaus die Pflege und auch das therapeutische Bemühen um eine bestmögliche Resozialisierung der chronisch Kranken bestehen blei-

ben. Zwar hat sich der Anteil jener Patienten, die nach einer Behandlungsdauer von mehr als einem Jahr das Nervenkrankenhaus Haar noch nicht verlassen konnten, in den beiden neueren Vergleichsperioden jeweils drastisch verringert, doch stellt die Zahl der chronisch Kranken auch heute noch einen wesentlichen Teil des gesamten Krankengutes dar, und es ist nicht zu übersehen, wie weit sich durch die Weiterentwicklung der Pharmakotherapie künftig daran etwas ändern wird.

Allein die Klärung von Ätiologie und Pathogenese der endogenen Psychosen und eine damit vielleicht möglich gewordene kausale Therapie könnten in dieser Situation einen grundlegenden Wandel schaffen. Dies meint auch PANSE (26), wenn er schreibt: "Ist dann in einer vielleicht gar nicht so fernen Zukunft doch ein therapeutischer Einbruch erfolgt, wird auch das Psychiatrische Krankenhaus vollends jene Atmosphäre haben, die wir uns für alle unsere Krankenhäuser wünschen: eine Atmosphäre der Hoffnung".

F) ZUSAMMENFASSUNG

450 Fälle von Schizophrenie und 368 Fälle von endogener Depression aus dem Aufnahmekrankengut eines oberbayerischen Nervenkrankenhauses in drei für die Entwicklung der modernen psychiatrischen Therapie charakteristischen Perioden (1929-31, 1949-51 und 1959-61) wurden anhand der Krankengeschichten in Hinsicht auf Alter, Zahl der bisherigen stationären Behandlungen, Krankheitsdauer, Art und Umfang der angewandten therapeutischen Massnahmen, Dauer und Erfolg der Behandlung sowie daraufhin überprüft, ob und wann innerhalb einer mindestens zweijährigen Verlaufskontrolle eine Wiederaufnahme erfolgte.

Dabei fanden sich folgende mit den Befunden ähnlicher Untersuchungen weitgehend übereinstimmende Ergebnisse:

1. Es veränderte sich in dem beobachteten Zeitraum die Zusammensetzung des Aufnahmekrankengutes; das Durchschnittsalter der Patienten stieg an ebenso wie der Anteil jener Patienten, die zum vierten oder öfteren Male aufgenommen werden mussten. Das Verhältnis von Erst- zu Wiederaufnahmen verschob sich in den Jahren 1959 - 61 auf Kosten der ersteren. Die Zahl der Verlegungen ging stark zurück.
 2. In den Jahren 1949 - 51 wurden 82 % der schizophrenen und 70 % der depressiven Patienten einer Schockbehandlung unterzogen, die Pharmakotherapie kam in den Jahren 1959 - 61 bei 95,3 % der schizophrenen und 98,6 % der depressiven Kranken zur Anwendung.
 3. Die durchschnittliche Behandlungsdauer verringerte sich drastisch von ungefähr drei Jahren in der ersten auf etwas mehr als drei Monate in der letzten Vergleichsperiode.
 4. Das Verhältnis von gut zu leicht gebessert Entlassenen, wie jenes der leicht zu den ungebessert entlassenen Patienten verschob sich in den beiden neueren Vergleichsperioden jeweils beträchtlich zugunsten der ersteren. Dementsprechend nahm der Anteil jener Patienten, die das Nervenkrankenhaus nach einer Behandlung von mehr als einem Jahr noch nicht verlassen konnten, bei den Schizophrenen um jeweils das Dreifache und bei den endogenen Depressionen um jeweils das Vierfache ab.
 5. Die Behandlungserfolge der Jahre 1949 - 51 erwiesen sich auf lange Sicht als mindestens ebenso stabil wie die der Jahre 1929 - 31. Dagegen nahm die Zahl der Wiederaufnahmen bei den Patienten der letzten Vergleichsgruppe innerhalb einer zweijährigen Beobachtungsperiode erheblich zu, wobei sich eine Tendenz zur frühzeitigen Rehospitalisierung - vor allem bei den depressiven Patienten - abzeichnete.
- Diese Ergebnisse liessen den Wandel deutlich werden, der sich in den letzten Jahrzehnten in der stationären psychiatrischen Behandlung vollzogen hat.

LITERATURVERZEICHNIS

- 1) AUCH, W.: Beeinflusst die Psychopharmakotherapie die Aufnahmeentwicklung, die stationäre Behandlungsdauer und den Verlauf endogener Psychosen.
Fortschr. Neurol. 31, 548 (1963)
- 2) v. BRAUNMÜHL, A.: Das Nervenkrankenhaus Haar bei München. In: Das Nervenkrankenhaus Haar bei München 1905 - 1955.
Herausg. Bezirk Oberbayern 1956
- 3) v. BRAUNMÜHL, A.: Moderne Behandlungsmethoden in der Psychiatrie (Insulinschock und Heilkampf). In: Das Nervenkrankenhaus Haar bei München 1905 - 1955.
Herausg. Bezirk Oberbayern 1956
- 4) BRILL, H.,
R.E. PATTON: Analysis of population reduction in New York State Mental Hospitals during the first four years of large-scale therapy with psychotropic drugs.
Amer. J. Psychiat. 116, 495 (1959)
- 5) BRILL, H.,
R.E. PATTON: Clinical-statistical analysis of population changes in New York State Mental Hospitals since introduction of psychotropic drugs.
Amer. J. Psychiat. 119, 20 (1962)
- 6) BROWN, G. W.,
C. M. PARKES,
J. K. WING: Admissions and readmissions to three London Mental Hospitals.
J. ment. Sc. 107, 1070 (1961)
- 7) FREYHAN, F. A.: Course and outcome of schizophrenia.
Amer. J. Psychiat. 112, 161 (1955)
- 8) FREYHAN, F. A.: Therapeutic implications of differential effects of new phenothiazine compounds.
Amer. J. Psychiat. 115, 577 (1959)
- 9) FREYHAN, F. A.: Schizophrenic families. Potential effects of modern treatment methods.
Eugenics Quart. 6, 225 (1959)
- 10) FREYHAN, F. A.: The influence of specific and non-specific factors on the clinical effects of psychotropic drugs.
In: E. Rothlin (ed.), Neuro-Psychopharmacology, 2, 189 (1961)

- 11) FREYHAN, F.A.: On classifying psychotropic pharmaca.
Compreh. Psychiat. 2, 241 (1961)
- 12) HADDENBROCK, S. Die chronisch Kranken eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses. Zu ihrer diagnostischen Struktur, ihrer Soziologie und Therapie.
G. H. POESCHEL:
Nervenarzt 34, 49. (1963)
- 13) KOLLE, K.: 50 Jahre Nervenlinik der Universität München. Mschr. Psychiat. Neurol. 129, 177 (1955)
- 14) KOLLE, K.: Erfolge der Insulinkur bei Schizophrenie.
Dtsch. Med. Wschr. 81, 89 (1956)
- 15) LAUTER, H.: Die psychiatrische Pharmakotherapie und ihre Stellung im Behandlungsplan.
Münch. Med. Wschr. 104, 2236 (1962)
- 16) LIESER, H.: Über Megaphen als neues Therapeuticum in der Psychiatrie. In: Das Nervenkrankenhaus Haar bei München 1905 - 1955.
Herausg. Bezirk Oberbayern 1956
- 17) LINKE, H.: Psychotrope Substanzen.
Münch. Med. Wschr. 102, 995-1000 und 1069 - 1074 (1960)
- 18) LINN, E.L.: Drug therapy, Milieu change, and release from a mental hospital.
Arch. of Neurol. 81, 785 (1959)
- 19) MAYER-GROSS, W., Short distance prognosis of schizophrenia.
GUTTMANN a. SLATER:
J. Neurol. Psychiat. 25, 266 (1939)
- 20) MAYER-GROSS, W.: Insulincomatherapy of schizophrenia: Some critical remarks on Dr. Sakel's report.
J. Ment. Sc. 97, 132 (1951)
- 21) MÜLLER, H.-W., Statistische Erhebungen über stationär untergebrachte psychisch Kranke.
G. SCHEURLE:
Nervenarzt 32, 374 und 418 (1961), 33, 358 (1962)
- 22) ÖDEGAARD, Ö.: Current studies of incidence and prevalence of hospitalized mental patients in Scandinavia. In: Hoch and Zubin (ed.), Comparative epidemiology of the mental disorders, Grune and Stratton, New York 1961

- 23) ÖDEGAARD, Ö.: The influence of specific and non-specific factors on the clinical effects of psychotropic drugs. In: E. Rothlin (ed.), *Neuro-Psychopharmacology*, 2, 210 - 215 (1961)
- 24) ÖDEGAARD, Ö.: Pattern of discharge and readmission in psychiatric hospitals in Norway, 1926 to 1955. *Mental Hygiene*, 45, 185 - 193 (1961)
- 25) ÖDEGAARD, Ö.: The fate of psychiatric hospital patients in Norway before and after the introduction of drug therapy. Vortrag III. Kongress Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum, München 1962
- 26) PANSE, Fr.: Institution und Atmosphäre des Psychiatrischen Krankenhauses als therapeutische Funktionen. *Nervenarzt* 33, 70 (1962)
- 27) RIEPENHAUSEN, J.: Über die Krankenbewegung und ihre Aspekte. In: *Das Nervenkrankenhaus Haar bei München 1905 - 1955*. Herausg. Bezirk Oberbayern 1956
- 28) SHEPHERD, M.: A study of the major psychoses in an English County. *Maudsley Monographs*, London: Oxford Univ. Press 1957
- 29) SHEPHERD, M.: The application of hospital statistics in the evaluation of pharmacotherapy in a psychiatric population. *Compreh. Psychiat.* 2, 11 (1961)
- 30) SHEPHERD, M.: The influence of specific and non-specific factors on the clinical effects of psychotropic drugs. In: E. Rothlin (ed.), *Neuro-Psychopharmacology* 2, 183 (1961)
- 31) SHEPHERD, M.: Clinical and social factors relevant to outcome, In: *The Burden on the community. The epidemiology of mental illness, a symposium*. London: Oxford Univ. Press 1962
- 32) STILLE, D.: Klinisch-statistische Analyse der somatischen Behandlungsmethoden und der Behandlungserfolge bei endogenen Psychosen: ein Vergleich der Jahre 1930, 1950 und 1960. Diss.med., München 1964

Herrn Prof. Dr. J. E. MEYER danke ich für die Überlassung des Themas und für die freundliche Unterstützung bei Abfassung der Arbeit.

Herrn Direktor Dr. H. NADLER möchte ich dafür danken, dass er die Krankengeschichten des Nervenkrankenhauses HAAR für die Untersuchung zur Verfügung stellte.

LEBENS LAUF

Am 25.1.1933 wurde ich, Gerhard SIMON, als Sohn des Pfarrers Gottfried Simon und seiner Ehefrau Erna Simon, geb. Lewerenz, in Kammerstein (Mittelfranken) geboren.

Von 1939 - 43 besuchte ich die Volksschule, ab 1943 das humanistische Gymnasium in Ansbach, die Realschule in Gunzenhausen und die Oberrealschule in Ansbach, an der ich im Juni 1953 die Reifeprüfung ablegte.

Im Wintersemester 1953/54 studierte ich an der Universität Würzburg Jura sowie im Nebenfach Psychologie und unterzog mich im Februar 1954 am dortigen Psychologischen Institut der Eignungsprüfung für das Studium der Psychologie. Im Sommersemester 1954 setzte ich mein Psychologiestudium an der Universität München fort und legte hier im Herbst 1957 die Diplom-Vorprüfung und im Juli 1959 die Diplom-Hauptprüfung für Psychologen ab.

Noch im Sommersemester 1959 begann ich an der Universität München mit dem Studium der Medizin und bestand im April 1960 die naturwissenschaftliche Vorprüfung. Nach einem Semester an der Universität Erlangen kehrte ich im Wintersemester 1960/61 wieder an die Universität München zurück und legte hier im Oktober 1961 die ärztliche Vorprüfung ab. Im Sommer 1964 reichte ich nach sechs klinischen Semestern an der Universität München das Gesuch um Zulassung zur ärztlichen Prüfung ein, die ich mit Erfolg am 10.2.1965 abschloß.

